Tom V. Październik 1903. № 10.

Czasopismo Lekarskie

O prognostycznem znaczeniu stałego przyśpieszenia tętna w przebiegu gruźlicy płuc. Zarazem przyczynek do klasyfikacyi tego cierpienia.

Napisał Dr. **Seweryn Sterling.**

I.

Przyczyną przyśpieszenia tętna w przebiegu wyniszczających cierpień ogólnych bywa głównie osłabienie lub zwyrodnienie mięśnia sercowego. Tak się też dzieje w przebiegu gruźlicy płuc, kiedy to cierpienie ma już charakter złowrogiej „phtisis“—zaniku tkanek całego ustroju.

Nie o tej jednak kachektycznej tachykardii chcę tu mówić, tylko o przyśpieszeniu tętna w przebiegu początkowego okresu gruźlicy płuc, przy braku gorączki.

Dawno już zwrócono uwagę na przyśpieszenie tętna jako na jeden z wczesnych objawów gruźlicy płuc. Naturalnie, jak wiele innych t. zw. wczesnych objawów tego cierpienia, nie jest on wcale stałym: obok innych objawów ogólnych i miejscowych mamy w jednych przypadkach przyśpieszenie tętna już w początkach gruźlicy, gdy w innych nawet daleko posuniętym zmianom w płucach towarzyszy tętno nieprzyśpieszone.

Uznając znaczenie dyagnostyczne tego objawu w pierwszych okresach gruźlicy, niedocenia się jego znaczenia prognostycznego. W tym ostatnim celu korzystano z tego objawu tylko przy ocenie ostatnich, końcowych objawów suchot. Tak np. Ledoux, streszcza panujące w tej mierze zapatrywania w takich słowach: „Przyśpieszenie tętna nie może w początkach służyć do rokowania, ponieważ stwierdzenie tego objawu należy do

rozpoznania.“ „Inną jest korzyść prognostyczna z przyśpieszenia tętna w okresie uwiądu. Rzec można, że często im to przyśpieszenie jest większe, tem bliższa jest katastrofa.“ (Contribution a l'etude du pouls dans la tuberculose pulmonaire. Chapitre VI. Pronostic. Thése de Paris. 1902). Besold (Dettweilera „Anstaltsbehandlung der Tuberculose der Atmungswege“ Wyd. III. 1902) zupełnie niewspomina, pisząc o prognozie, o użytkowaniu w tym celu częstości tętna. Cornet zaś (Die Tuberculose. W podręczniku Nothnagla), omawiając różne objawy, na których można oprzeć rokowanie, tyle tylko mówi o zajmującej nas kwestyi: „Dalej źle wróżą: przyśpieszenie tętna, nawet bez gorączki, duszność i bezsenność.“ Zestawienie obok siebie przyśpieszenia tętna i duszności świadczy, że nie pierwsze okresy gruźlicy miał tu Cornet na myśli.

Turban, podając historye choroby 403 swych chorych (Beiträge zur Kenntniss der Lungen-Tuberkulose. 1899), przytacza wiele szczegółów, pomija zupełnie podanie ilości tętna. *)

Dla Percy Kidda (w podręczniku Albutta „A System of Medecine.“ Tom V. 1898) jest tętno przyśpieszone i pobudzone dowodem wycieńczenia organizmu i dla tego przechyla rokowanie na złe; znów więc jest tu mowa o phtisis consummata, a nie o tuberculosis incipiens.

Koranyi (Eulenburga Enc. Wyd. 3. Tom XIV.) uważa przyśpieszenie tętna za składową część pojęcia: habitus phtisicus; mówiąc o rokowaniu—nie wspomina o tym objawie.

Jak zaś ogólnikowo załatwiają się nawet autorzy podręczników ze sprawą rokowania, świadczy odpowiedni ustęp książki Dieulafoy (Patologia wewnętrzna. Tom I. Przekład polski. 1903). Tam w ustępie o rokowaniu tyle powiedziano: „Nie będę zatrzymywał się długo na rokowaniu w suchotach płucnych, gdyż już z opisu poprzedniego możemy ocenić ciężkość choroby;“ dalej mówi D. już tylko o tem, że gruźlica jest wyleczalna.

Jak widzimy, przyśpieszenie tętna w gruźlicy jest albo li tylko jako wczesny objaw rozpoznawczy użytkowane, albo jako objaw pogarszający rokowanie rozwiniętych suchot płucnych; o jego wartości prognostycznej w pierwszym okresie gruźlicy płuc luźnie tylko dotąd wspominano. **)

Zwróciwszy już oddawna szczególną uwagę na zachowanie się tętna chorych na gruźlicę płuc, doszedłem do wniosków, które w tej pracy chcę przedstawić.

W niżej podanem zestawieniu uwzględniłem chorych na gru-

---

*) O przyśpieszeniu tętna wspomina w swem dziele Turban głównie z powodu przyśpieszenia, jakie widywał w początkowych okresach pobytu swych pacyentów w górach.

**) Tak np. Behrend w pracy p. t. „Nach welchen Gesichtspunkten muss die Prognose der Lungentuberkulose beurteilt werden“ (Ztschr. f. Tuberkulose. Tom IV. 1903) powiada: „Należałoby zachowaniu się serca i narządów krążenia więcej uwagi poświęcić, aniżeli się to obecnie czyni. Tachycardia bez gorączki jest zawsze objawem niepokojącym.“

żlicę płuc, których miałem pod obserwacyą przez rok, dwa lub trzy lata; liczba przypadków dłużej obserwowanych jest zbyt mała, by mogła służyć do wniosków statystycznych; powtóre, tylko tych, którzy przez ten czas nie ulegli żadnemu cierpieniu, mogącemu ujemnie wpłynąć na przebieg gruźlicy (choroby zakaźne, ciąża, uraz); po trzecie, uwzględniłem li tylko to badanie tętna w początku i pod koniec obserwacyi, kiedy chory nie miał ciepłoty podwyższonej, ani krwotoku, nie był ani wysiłkiem fizycznym zmęczony, ani też jakiemś wzruszeniem podniecony.

Cały materyał, na jakim swe wnioski opieram, podzieliłem na trzy grupy – stosownie do stopnia zmian chorobowych, trzymając się klasyfikacyi Turbana. W każdej grupie podałem oddzielnie spostrzeżenia tyczące się przypadków przez różnie długi czas obserwowanych. Dla każdej z tych podgrup podaję: liczbę chorych, którzy w początku obserwacyi mieli tętno: normalne, przyśpieszone (do 120) i bardzo przyśpieszone (wyżej 120 na minutę); obok każdej cyfry chorych podana jest cyfra pogorszeń, jaką u tych chorych znalazłem przy ostatniem ich badaniu, po upływie roku, dwu lub trzech lat. (P. tablicę na str. 362).

Na zasadzie moich spostrzeżeń przyszedłem do następujących wniosków:

1-o Normalna ilość tętna w przebiegu gruźlicy płuc jest objawem prognostycznie dodatnim.

2-o Stałe przyśpieszenie tętna – bez gorączki – pogarsza prognozę i to w stosunku prostym do stopnia tego przyśpieszenia.

3-o Szczególnie wyraźnem jest to prognostyczne znaczenie przyśpieszenia tętna w pierwszym okresie gruźlicy płuc.

Stosunek umierających po trzech latach obserwacyi:

	Tętno nieprzyśp.	Przyśp. do 120.	Przyśp. wyżej 120.
W I okresie	1	3,1	11,1
„ II „	1	1,8	6,0
„ III „	1	1,1	1,6

Nie chcę przeciążać mej pracy cyframi, więc inne wnioski podaję tylko w ich formie ostatecznej.

4. Przyśpieszenie tętna stałe niezależy od nerwowości chorych, ani też od ich eretyczności; chorzy z takiem usposobieniem miewają przemijające przyśpieszenie tętna, tem się różniące od przyśpieszenia przemijającego u ludzi niegruźliczych, że u tych ostatnich to przyśpieszenie wynosi 5—10 uderzeń na minutę, u gruźliczych dochodzi do 20 i 30. Ma więc to przemijające (pod wpływem afektów i pracy fizycznej powstające) przyśpieszenie tętna znaczenie dyagnostyczne.

5) Na znaczenie stałego przyśpieszenia tętna—jako objawu prognostycznego—nie ma wpływu płeć chorych. Natomiast zmniejsza jego znaczenie ujemnie wiek dziecięcy, zwiększa zaś to znaczenie—wiek starszy, kiedy zwapnienie naczyń wpływa na zwolnienie tętna.

6. Nie wykryłem żadnego związku między stałem przyśpie-

Okres choroby, podług skali Turbana	Liczba spostrzeżeń	Trwanie spostrzeżenia: lat	LICZBA UDERZEŃ TĘTNA W POCZĄTKU OBSERWACYI:								
			Normalna			Przyśpieszona, do 120			Przyśpieszona, wyżej 120		
			Chorych	Dalszy przebieg niepomyślny w przypadkach:	W tem zgonów:	Chorych	Dalszy przebieg niepomyślny w przypadkach:	W tem zgonów:	Chorych	Dalszy przebieg niepomyślny w przypadkach:	W tem zgonów
		1	20	2=10%	0	43	7=16,2%	1=2,3%	5	3=60%	1=20%
I	176	2	22	3=13,6%	0	36	13=36,1%	2=5,5%	8	5=62,5%	2=25%
		3	17	5=20,4%	1=6%	22	16=72,7%	3=18,8%	3	2=66,6%	2=66,6%
		1	30	6=20%	0	83	27=32,5%	4=4,8%	29	20=68,9%	5=17,2%
II	263	2	19	4=21%	1=6%	37	25=67,6%	13=35,4%	11	7=63,6%	5=45,4%
		3	15	6=40%	2=13,3%	29	22=75,8%	7=24,1%	10	7=70%	7=70%
		1	3	1=33,3%	1=35,5%	8	4=50%	2=25%	21	12=57,1%	6=28,5%
III	80	2	5	2=40%	1=20%	12	5=41,6%	3=25%	10	7=70%	6=85,7%
		3	4	3=75%	2=50%	11	8=72,7%	6=54,5%	6	5=83,3%	5=83,3%

szeniem tętna a skłonnością do krwotoków; w każdym razie, raczej przeciw zależności krwotoku (w I okresie) od przyśpieszenia tętna mogę się wypowiedzieć, aniżeli za nią.

7. Po przebytej influenzy widywałem zwolnienie przyśpieszonego przed tem tętna. Należy więc w korzystaniu z tego objawu w celu prognozy być powściągliwym, jeśli w wywiadach znajdziemy niedawno przebytą influenzę

8. Spokój, zimne okłady na okolicę serca, brom, leki nasercowe—w nielicznych przypadkach stałego przyśpieszenia tętna

zmniejszają objawu tego natężenie; są to przypadki prognostycznie lepsze.

9. Wyraźne zwolnienie tętna w przebiegu gruźlicy płuc daje dobre rokowanie, o i ile nie jest zależne od obecności innych spraw chorobowych, np. cierpienia nerek, naczyń, opłucnej lub t. p.

Przyśpieszenie tętna w przebiegu gruźlicy płuc, o ile nie zależało od gorączkowego zwyrodnienia mięśnia sercowego, czyniono zależnem dawniej od przyczyny anatomicznej, od ucisku powiększonych gruczołów, tchawicowych i oskrzelowych, na nerw błędny, którego czynność zwalniającą rytm serca miał ten ucisk paraliżować. *) Obecnie za przyczynę tego objawu uważamy główne działanie toksyczne mikrobów. Te albo wywołują neuritidem n. vagi albo paraliżują nerwy naczynioruchowe, zwężające naczynia, przez co następuje spadek ciśnienia, więc i przyśpieszenie działalności serca. Przyczyną mechaniczną, działającą pewnie częściej, aniżeli ucisk gruczołów na nerw błędny, przyśpieszenia działalności serca są sprawy sklerotyczne w płucach i towarzysząca im rozedma częściowa; te sprawy stają się z czasem taką przeszkodą w małem krążeniu, że osłabiają serce i powodują przyśpieszenie tętna. Jest to jednak szczegół ważny przy analizowaniu przyczyn przyśpieszenia tętna pomimo wygaśnięcia sprawy gruźliczej, a więc i działania toksyn.

Przyśpieszenie tętna w pierwszym okresie gruźlicy jest w większości przypadków dowodem, że wkoło ogniska gruźliczego nie tworzy się wał z tkanki łącznej, którzyby niedopuszczał toksyn do obiegu krwi, czyli jest wyrazem braku reakcyi obronnej ze strony organizmu. Ale nawet wtedy, kiedy ten objaw zależy od przyczyn mechanicznych, skutki wzmożonej działalności serca muszą się w końcu odbić ujemnie na mięsniu sercowym.

II.

Do niedawna, kiedy każdy chory na gruźlicę płuc był uważany za skazanego na śmierć — sprawa prognozy rozwiązywała się sama przez się; więc jej studyów nikt nie poświęcał.

Uznanie tego cierpienia za uleczalne wysunęło na widownię kwestyę danych prognostycznych, które starano się oprzeć na następujących faktach: dziedziczność; wiek; rozmiary zmian w płucach; skłonność sprawy chorobowej do rozszerzania się lub pozostawania in statu; gorączka i jej charakter; stan odżywiania, łaknienie, sprawność narządów trawienia; powikłania gruźlicą innych narządów; diazo-reakcya; zamożność i położenie społeczne chorego, jego temperament i poziom inteligencyi.

Dziedziczność wpływa na pogorszenie rokowania; ale ten

*) Ten ucisk wywołuje też znane objawy kaszlu napadowego, suchego, napady podobne do kokluszowych.

moment wchodzi w grę ledwie u $^1/_4$ chorych, jak tego dowiódł Sokołowski. Wiek ma niewątpliwą wartość prognostyczną, ponieważ np. gruźlica ujawniona w okresie dojrzewania płciowego jest o wiele złośliwsza, aniżeli np. gruźlica wieku dojrzałego. Że charakter przebiegu, t. j. szybki rozpad, powstawanie coraz nowych ognisk, gorączka, powikłania grają rolę przy rokowaniu—jest rzeczą aż nadto zrozumiałą. Diazo-reakcya świadczy źle o charakterze choroby, ale jej brak widuje się i w najgorszych przypadkach. Od zamożności chorego zależy możność kuracyi długiej t. j. dającej najwięcej szans trwałej poprawy; od jego inteligencyi i temperamentu zależy jakość kuracyi, a od wszystkich trzech ostatnio wylczonych momentów—trwałość osiągniętej poprawy.

Z czynników wyżej wymienionych rzadko jakiś jeden jest tak silnie wyrażony, by mógł sam, lub nawet z jeszcze jednym, służyć do rokowania pewnego. Zazwyczaj dopiero poznanie wielu czynników, z których najważniejsze można poznać tylko przez długą obserwacyę chorego, i ich zestawienie ze stanem objektywnym zmian w płucach—pozwala na postawienie prognozy z pewną dozą prawdopodobieństwa.

Rozmiary zmian w płucach stanowią ten objaw, który dziś najczęściej jest brany za podstawę rokowania; na podstawie tego objawu zbudowana jest najpopularniejsza dziś klasyfikacya gruźlicy płuc, klasyfikacya Turbana.

O znaczeniu tej klasyfikacyi tak mówił Turban na jesiennej (w r. 1902) konferencyi Międzynarodowego Biura do walki z gruźlicą:

„Jest rzeczą dowiedzioną, że prognoza w gruźlicy płuc zależy przedewszystkiem od rozmiarów schorzenia w płucach. Również i do porównawczych prac naukowych o różnym przebiegu i jego zależności od wpływów wewnętrznych i zewnętrznych, jak rasa, klimat, kultura i t. p., a głównie - system leczenia, niezbędna jest możliwie prosta klasyfikacya, uwzględniająca intensywność i ekstensywność tego cierpienia“.

Taką klasyfikacyę zaproponował T. w r. 1899, dzieląc gruźlicę płuc na trzy okresy:

I. Lekkie schorzenie co najwyżej jednego płata.

II. Lekkie schorzenie co najwyżej dwu płatów, lub ciężkie schorzenie co najwyżej jednego płata.

III. Wszystko co jest więcej niż II.

Za klasyfikacyą Turbana przemawia jej prostota. Natomiast jej wielką wadą jest, że daje ona raczej pojęcie o statyce sprawy gruźliczej w płucach, aniżeli o jej dynamice. Wyrażenia zaś w rodzaju „lekkie“ schorzenie, „ciężkie“ schorzenie są zbyt od indywidualności badającego zależne; objektywnie dają się określić tylko rozmiary zmian; jest to więc klasyfikacya głównie anatomiczna.

Zgadzająć się z Turbanem na zdanie, że rokowanie w gruźlicy płuc bardzo zależy od obszaru zajętego przez sprawę swoistą, musimy pamiętać, że ten punkt widzenia mówi nam je-

dynie o tem, c o j e s t, a nic nie mówi o tem c o j e s z c z e b y ć m o ż e.

O tem, co być może moglibyśmy wnosić tylko z objawów świadczących o stopniu złośliwości danego przypadku chorobowego, o stopniu bezbronności organizmu lub też jego gotowości bojowej do walki z zarazkiem.

O tem przekonać nas mogą te różne objawy prognostyczne, jakie wyliczyłem, szczególniej zdobywane przy dłuższej obserwacyi. Do tych objawów prognostycznych przybywa s t a ł e p r z y ś p i e s z e n i e t ę t n a jako objaw prognostycznie zły.

Nad wielu innymi objawami pragnostycznymi ma on tę przewagę, że d a j e s i ę w y r a z i ć w c y f r a c h i dla tego proponuję, by ten objaw, został użyty w celu dopełnienia klasyfikacyi Turbanowskiej, której przecież najważniejszem zadaniem jest dać podstawę do rokowania.

Jeżeli się dziś mówi, że okres I daje gorsze rokowanie, aniżeli II, a ten—gorsze, aniżeli III, to pod tymi symbolami rozumiemy głównie rozmiary anatomiczne sprawy.

Jeżeli zaś do każdego z tych znaków dodamy cyfrę, wyrażającą ilość tętna przy braku gorączki, natenczas w sposób arcyprosty damy pewne pojęcie o stopniu złośliwości sprawy, o jej tendencyi.

Wtedy II^{88} będzie lepiej rokowało, aniżeli I^{130}, lub III^{88}—lepiej, aniżeli II^{140}.

O ile chory gorączkuje, wyrazimy to—podług nowej skali—cyframi I, II, III, bez podania cyfry tętna.

Uzupełnienie, anatomicznego przeważnie, schematu Turbana przezemnie proponowane jest proste; pozwala zaś na wyrażenie w cyfrze dokładnej zakłócenia w czynności narządu, który we wszystkich cierpieniach chronicznych gra rolę decydującą. Albowiem i przy gruźlicy płuc: c h o r o b a l e ż y w p ł u c a c h, n i e b e z p i e c z e ń s t w o—w s e r c u.



Przypadek postępowego kostnienia mięśni.

(Myositis ossificans progressiva)

Podał Dr. med. **Alfred Krusche.**

Pod nazwą kostnienia mięśni znane są dwie sprawy: kostnienie mięśni urazowe (myositis ossificans traumatica) i kostnienie mięśni postępowe (myositis ossificans progressiva). Obie choroby mają podobny podkład anatomopatologiczny, różnią się umiejsco-

wieniem. Kostnienie mięśni urazowe powstaje wskutek jednorazowego silnego lub częstych słabych urazów w jednym mięśniu, gdy postępowe kostnienie mięśni z jednego mięśnia przenosi się na sąsiedni, zajmując duże rozmiary, przy czem uraz nie jest niezbędnym primum movens powstania tego cierpienia.

Do pierwszej postaci choroby należą np. skostnienia w mięśniach ksobnych uda u konnicy, albo w mięśniach ramienia, głównie w mięśniu trójkątnym, u piechoty, powstałe wskutek częstych uderzeń broni o ramię; do tej postaci choroby zaliczyć można niektóre przypadki kostniny wybujałej, gdzie kostnina tworzyła się wzdłuż przyczepów mięśni i ścięgien (van Heekeren).

Z własnych spostrzeżeń mogę przytoczyć przypadek skostnienia mięśni wskutek urazu u młodej kobiety; skostnieniu uległa górna część długiego mięśnia ksobnego uda. W takich przypadkach wynaczynienia powstające po urazie nie ulegają wessaniu, lecz powoli twardnieją i kostnieją.

Kostnienie mięśni znane było już w 18 stuleciu; w połowie 19 stulecia zjawiają się ponowne opisy tej choroby. Uwaga ogólna zwrócona została na tę chorobę jednak dopiero po szczegółowym jej opisie, w r. 1869, przez Münchmeyera, który jej dał obecnie stosowaną nazwę: myositis ossificans progressiva i wyodrębnił z grupy wielokrotnych kostniaków (osteomata multiplicia) Virchowa.

Müncheymer odróżnia trzy okresy tego cierpienia.

Okres nacieczenia, w którym mięsień i tkanka międzymięśniowa są tylko obrzmiałe.

Okres stwardnienia, kiedy znajdujemy bujanie, a później marskość tkanki łącznej.

Okres kostnienia.

Przebieg tej choroby najlepiej przedstawi opis mego przypadku. ponieważ należy on do typowych.

Jadwiga K., dziewczynka 2½ l., jest najstarszą z trojga dzieci. Rodzice zdrowi. Oprócz ostrego zapalenia kiszek w pierwszym roku przechodziła krzywicę, której ślady są jeszcze widoczne na goleniach. Po za tem aż do Czerwca roku bieżącego normalnie się rozwijała. W Czerwcu, bez widocznego powodu, (raz, podobno, tylko zesunęła się z krzesła) i bez jakichkolwiek poprzedzających objawów wystąpiła niemożność podniesienia prawej rączki. Dziecko stało się bardzo blade i niezwykle spokojne, chociaż do tego czasu odznaczało się żywością ruchów.

Przy badaniu znalazłem pod prawą łopatką guz twardy, niebolesny, nieruchomy; łopatka była przez guz trochę ku kręgosłupowi odsunięta i nieruchoma w stosunku do klatki piersiowej; w skórze widoczne były rozszerzone żyły. W wewnętrznych organach żadnych zmian nie znalazłem. Miejscowy stan i nadzwyczajna bladość chorej nasunęły mi myśl, że mam przed sobą złośliwy guz. To rozpoznanie zmieniłem przy badaniu w trzy tygodnie później. Ów guz pod łopatką zmniejszył się, zmiękł, tak, że łopatka zaczęła znów

brać udział w ruchach ramienia. Natomiast wystąpiło nowe, wielkie nacieczenie i stwardnienie—na tylnej prawej połowie tułowia i karku, zaczynające się ostrym, wysokim brzegiem przy wyrostkach ościstych kręgosłupa i zajmujące całą przestrzeń od grzebienia kości biodrowej prawie do samej czaszki Stwardnienie było silnie wyrażone, zbitości „kamiennej," najsilniejszemu uciskowi nie ustępowało; skóra nad niem niedaje się przesuwać; guza in toto też przesunąć niemożna. Tułów przegięty na prawo, jak przy skrzywieniu bocznem kręgosłupa. W ciągu tygodnia stwardnienie rozszerzyło się aż do czaszki, wskutek czego główkę dziecko trzymało przechyloną na prawo. Sprawa zajęła mięsień najdłuższy grzbietu, czworoboczny i równoległoboczne.

W Lipcu r. b. nacieczenie i stwardnienie zmiejszyło się i zmiękło; pozostały tylko pod dolnym kątem prawej łopatki i w dwóch innych miejscach, położonych w dolnych częściach klatki piersiowej, okrągłe guzy wielkości ziaren grochu. Wówczas zauważyłem znów nacieczenie i stwardnienie mięśni na lewej tylnej części karku. W przeciągu Lipca nastała pewna przerwa w postępie choroby, ale trwały zmiany w zajętych mięśniach; stwardnienie i nacieczenie zmniejszały się powoli, lecz stale; wspomniane trzy guzy raz się powiększały, to znów malały i doszły w pewnej chwili do wielkości laskowych orzechów. W tym czasie dziecko odzyskało swoją żywość i dobry wygląd. W Sierpniu dziecko nagle znów straciło humor i zmizerniało. Badanie pokazało, że mięśnie lewej bocznej ścianki klatki piersiowej, dalej: duży i mały lewe mięśnie piersiowe - są znów zajęte. W przeciągu kilku tygodni znikło to nowe nacieczenie, pozostawiając po sobie małe przesuwalne guziki. Guz pod dolnym kątem prawej łopatki powiększył się znacznie i skostniał, jak to widać na zdjętym wówczas radiogramie. W ostatnich dniach zjawiło się zgrubienie dolnej połowy prawego mięśnia sutko-obojczyko-mostkowego.

Ogólny stan dziecka w ostatnim czasie był dobry; palce u rąk i nóg są normalne.

Jak widać z tego opisu, z początku występowało nacieczenie, przechodzące z jednych mięśni na drugie; obszerne nacieczenie ustępowało po jakimś czasie, pozostawiając w pewnych miejscach guzy ograniczone, twardawe, z których znów pojedyńcze kostniały ostatecznie.

Przy rozpoznawaniu tego cierpienia grają rolę, zdaniem Adrien Schmita *) następujące sprawy: przepukliny mięśniowe, chrzęstniaki lub włókniaki mięśniowe i syfilis mięśni. Przepukliny mięśniowe łatwo wykluczyć na podstawie zmieniania się ich postaci przy kurczeniu się mięśnia. Chrzęstniaki i włókniaki mięśniowe są rzadkie wogóle, a ich przebieg jest zupełnie inny, aniżeli przy postępowem kostnieniu mięśni. Co się tyczy syfilisu,

---

*) Adrien Schmit. De l'osteome des muscles de la cuisse chez les cavaliers. Revue de Chirurgie 1890.

to wpływ leczenia swoistego i obecność innych objawów syfilisu decyduje o rozpoznaniu. Pamiętać tylko należy, że ustąpienie stwardnienia mięśni pod wpływem leczenia swoistego nie dowodzi, że mieliśmy do czynienia z syfilisem, gdyż, jak widzimy, nacieczenia ustępują i bez wszelkiego leczenia. Zresztą, nie wolno zapominać, że przy wiądzie rdzenia, po zapaleniach mięśni, kończących się ropieniem, i po reumatyzmie (przypadki Testelina i Danbressiego, Hawkinsa i Lexera) można zauważyć kostnienie mięśni; i tu przebieg decyduje o rozpoznaniu.

Przypadków postępowego kostnienia mięśni opisanych w literaturze jest 54 (Rager *); mój jest 55-ym. Choroba występuje przeważnie w pierwszych latach życia i u chłopców trzy razy częściej, niż u dziewcząt. 12 razy spostrzegano powstawanie tej choroby w pierwszym roku życia; 24 razy—pomiędzy 1 i 5, 11 razy—pomiędzy 5 i 15 i tylko 5 razy pomiędzy 15 i 20 rokiem życia. W każdym razie, cierpienie to rozpoczyna się przed zakończeniem wzrostu.

Urazy są często podawane jako moment wywołujący lub poprzedzający chorobę, ale w znacznej ilości przypadków urazu nie notowano.

Najczęściej postępowe kostnienie mięśni pierwotnie występuje w mięśniach grzbietu i karku, jak to było w moim przypadku; często również są zajęte mięśnie dolnej szczęki. Z pierwotnie zajętych mięśni sprawa rozszerza się na sąsiednie mięśnie ciała, z wyjątkiem mięśni serca, przepony, zwieraczy, języka, mięśni krtani i części płciowych.

Powstawanie nacieczenia jest często połączone z bólami, a niekiedy obserwowano (Boks **) i inne objawy zapalenia: zaczerwienienie i podwyższenie ciepłoty.

Nowowytworzone kości nie mają często żadnego związku z kośćcem, ale mogą się z nim zrastać.

O jednym jeszcze objawie wspomnę, który rzuca pewne światło na etyologię tego cierpienia. W jednej trzeciej wszystkich przypadków zauważono u tych chorych niezwykłą postać palców, głównie palucha i wielkiego palca u rąk, pewien stopień potworności. Palce są mianowicie mniejsze, kości grubsze niż zwykle, czasem członki ich są z sobą zrośnięte. Od czasu zwrócenia przez Gerbera (w r. 1875) uwagi na tę potworność, mnożą się przypadki, w których ją znajdywano. Nasuwa się więc przypuszczenie, że nie mamy tu do czynienia z przypadkiem, lecz że ta potworność, może, stanowi cechę znamienną tej choroby, że więc istnieje organiczna skłonność do tego cierpienia.

Z innych objawów zanotować jeszcze trzeba znaczne zmniej-

---

*) Zeitschrift f. orthoped. Chir. Tom IX. Ueber Sog. Myositis ossificans multiplex progressiva.

**) B. Boks. Beiträge zur Myositis ossificans progressiva. Berliner Klin. Wochenschrift 1894.

szenie się wydzielanych przez mocz soli wapiennych, których ilość wynosi tylko $^{1}/_{10}$ częś normalnie wydzielanych (v. Noorden).

Rokowanie jest bezwarunkowo złe, gdyż zupełnego wygaśnięcia choroby dotąd nie widziano. Postęp choroby od czasu do czasu się zatrzymuje, t. j. przebiega ona napadowo, ale po pauzie, trwającej czasami lata, nowe mięśnie jej ulegają, tak, że ostatecznie chory, jak w pancerz okuty, ani dostatecznie oddychać, ani pożywiać się nie może; nić życia jego zwykle zapalenie płuc przecina.

Leczenie dało dotychczas tylko ujemne wyniki. Zmniejszenie się wydzielania soli wapiennych uważano w nowszych czasach za wskazanie lecznicze i przypuszczano teoretycznie, że przez stosowanie pożywienia z małą zawartością soli wapiennych z dodaniem kwasu siarczanego może się uda wpłynąć korzystnie na sprawę chorobową. Stosowanie tego leczenia w praktyce już dla tego jest niemożliwe, że choroba trwą zbyt długo, trzeba byłoby ją stosować przez całe życie. Zadowolnić się więc trzeba usuwaniem, o ile to możebne, nowoutworzonych kości, jeżeli one przeszkadzają jakiejś ważnej czynności życiowej. Tak np. usuwano nowoutworzone kości z okolic stawów dla umożliwienia ruchów. Szybko następujące nawroty niweczyły jednak w krótkim czasie osiągnięte wyniki.

Anatomo-patologiczne badania świeżych przypadków (Lexer, *) Rothschild **) wykazały, że sprawa chorobowa odbywa się nie tyle we włóknach mięśniowych, ile w tkance łącznej okołomięśniowej. W pobliżu normalnych włókien mięśniowych widać inne, które są w stanie rozpadu, rozdzielają się podłużnie, tracą prążkowanie poprzeczne, rozpadają się, mętnieją; tkanka łączna zajmuje coraz więcej miejsca. W dalszej warstwie, bliżej nowoutworzonej kości, przeważa już tylko tkanka łączna; staje się coraz gęstszą i składa się z wężowato przebiegających włókien. Warstwa ta obfituje w naczynia krwionośne, których błona zewnętrzna bierze udział w bujaniu tkanki łącznej. Włókna mięśniowe coraz więcej zanikają. Jeszcze bliżej nowoutworzonej kości komórki tkanki łącznej tracą swoją postać wrzecionowatą, zmieniają się w duże wielopostaciowe komórki z dzielącemi się jądrami, stają się komórkami kościotwórczemi, lub też zaokrąglają się, otrzymują otoczki i stają się komórkami kościotwórczemi; lub też zaokrąglają się, otrzymają otoczki i stają się komórkami chrząstkowemi (Cahen, Lexer). Skostniała warstwa składa się z kości gębczastej, niczem nie odróżniającej się od kości normalnej.

Na zasadzie tych badań Gravitz, Salman, Brennig przyszli do wniosku, że w postępowem kostnieniu mięśni mamy do czynienia z zapaleniem, szczególnie jeżeli, jak w przypadku

---

*) Archiv f. Chir. Tom 50. Das Stadium der bindegewebigen Induration bei Myositis progressiva ossificans.

**) Beiträge f. Chir. Tom 28. Ueber Myositis ossificans progressiva.

B o k s a, zauważono i inne klasyczne objawy zapalenia, jako to: zaczerwienienie, podniesienie ciepłoty, nie mówiąc już o bólach. L e x e r na zasadzie swych badań uważa to cierpienie za zapalenie, lecz nie mięśni, tylko tkanki międzymięśniowej, dodaje jednak, że sprawa chorobowa, przybliżając się do kości z tkanki łącznej okołomięśniowej, przechodzi i na okostną, pobudzając takową do wytwarzania zgrubień i wyrośli kostnych.

W dłużej trwających przypadkach, które dobiegły już do ostatniego stadyum, wyżej opisanych zmian już dopatrzeć nie można; ci badacze, którzy takie przypadki, opisali, przyszli do innych wniosków. V i r c h o w *) i R o t h, **) sądzą, że nowoutworzone kości powstają wyłącznie z kośćca i że one w mięśnie tylko wrastają; są to więc wyrośle kostne (exostoses). Temu zapatrywaniu przeczą takie przypadki, jak Zoege v. Manteuffla, który pokazał na kongresie chirurgów niemieckich szkielet, w którym nowoutworzone kości po większej części niebyły w związku z kośćcem i w swem umiejscowieniu odpowiadały przebiegowi mięśni.

Badania bakteryologiczne nie posunęły znajomości tej sprawy patologicznej.

Co się tyczy etyologii, to N i c o l a d o n i ***) uważa ją jako chorobę nerwów odżywczych. E i c h h o r s t, S c h w a r z, K l e m m przypuszczają, że jest ona skutkiem zmian w rdzeniu pacierzowym; temu przypuszczeniu przeczą jednak wyniki badań F l o r s c h ü t z-G e r b e r a i M ü n c h m e y e r a, którzy w rdzeniu żadnych zmian nie znaleźli.

Ze względu na prawie wyłączne spostrzeganie przypadków tej choroby u dzieci w pierwszych latach ich życia i ze względu na wyżej wspomnianą potworność (microdactylia) palców u rąk i nóg, najsłuszniejsze jest przypuszczenie, że przyczyną choroby jest wrodzona skłonność do kostnienia mięśni i ścięgien, skłonność, którą w normalnych warunkach spotykamy tylko w okostnej.

Moje spostrzeżenie nic o etyologii nie mówi.

W literaturze polskiej opisano jeden tylko przypadek tego cierpienia, mianowicie przez R a b k a w 1891 r. ****) W swej pracy R a b e k wylicza znane wówczas przypadki, których liczba wynosiła 24. Powiększenie się tej liczby od r. 1891, t. j. w ciągu 12 lat, tylko do 55 dowodzi rzadkości tego fatalnego cierpienia



*) l. c.
**) Ueber Myositis ossificans progresiva. Münch. med. Wochenschrift 1898.
***) Eichhorst, Specielle Pathologie u. Therapie.
****) Gazeta lekarska. 1891.

O plamach Koplika,

jako środku rozpoznawczym we wczesnych okresach odry.

Napisał Dr. **K. Lidmanowski** (z Zagórowa).

W roku 1898 amerykański lekarz Koplik zwrócił uwagę lekarzy na plamy czerwone, występujące na błonie śluzowej policzków i warg we wczesnym okresie odry („New-York Medical Record" 9 Kwietnia 98 r., ref. w tyg. „Wracz" № 19, 98 r.). Te plamy - według Koplika—występują przy odrze wtedy, kiedy jeszcze niema wysypki skórnej, a więc wtedy, kiedy stanowczo nie można powiedzieć, z jakiem cierpieniem mamy do czynienia, a tylko na podstawie istniejącej epidemii i kataralnego zajęcia błon śluzowych z pewnem prawdopodobieństwem rozpoznajemy odrę. Dla lekarza, powołanego do chorego na początku choroby, taki znak rozpoznawczy miałby wielkie znaczenie, bo zamiast rozpoznania chwiejnego, pozwoliłby na pewne rozpoznanie. Nic więc dziwnego, że lekarze od czasu komunikatu Koplika zaczęli pilną zwracać uwagę na ten objaw. W przeciągu ostatnich lat kilku wielu autorów potwierdziło obserwacyę Koplika; zdawałoby się więc, że dzisiaj mamy możność w początkowych okresach odry stanowczo tę chorobę rozpoznawać.

U nas na ten objaw zwrócił uwagę i opisał go Strzelbicki z Tuły (Gazeta lek. № 8, 1900 r.), podając 100 spostrzeganych przez siebie przypadków odry; z tych jednakże spostrzeżeń dla nas może mieć znaczenie 21 przypadków, gdyż tylko w tylu przypadkach autor stwierdził obecność plamek na błonie śluzowej warg i policzków przed wystąpieniem wysypki, w reszcie zaś przypadków autor stwierdzał obecność plamek Koplika wtedy, kiedy wysypka już wystąpiła. W wielu obserwowanych przez siebie przypadków odry Strzelbicki nie widział wcale objawu Koplika.

Inni autorzy, obserwując epidemię odry, stwierdzali plamy Koplika jeszcze w mniejszej ilości przypadków. Tak, np. Aronheim („München. med. Wochenschrift," № 28, 1903, według ref. w „Klinischtherapeut. Wochenschrift" № 36,—1903) na 150 obserwowanych przez siebie przypadków odry, stwierdził obecność plam Koplika we wczesnym okresie odry tylko 9 razy.

Na wiosnę r. b. miałem możność spostrzegania epidemii odry; chcąc sprawdzić wartość rozpoznawczą plam Koplika, we wszystkich przypadkach odry baczną zwracałem uwagę na jamę ustną, szczególniej we wczesnych okresach choroby, kiedy jeszcze nie można było stanowczo orzec, z czem właściwie mamy do czynienia.

Ponieważ plamy, opisane przez Koplika, w początkowym okresie choroby mają służyć jako objaw decydujący o odrze, chcę tutaj przedstawić wynik swoich spostrzeżeń u tych tylko chorych, do których wezwany byłem przed wystąpieniem charakterystycznej wysypki odrowej, t. j. w tym okresie choroby, kiedy mogłem się wahać w swojem rozpoznaniu. Nie mogę wprawdzie pochwalić się wielką liczbą obserwowanych przez siebie chorych dzieci, gdyż przez przeciąg trzech miesięcy, podczas których panowała w miejscu mego zamieszkania odra, w początkowym okresie widziałem wszystkiego 84 chorych. Otóż u tych 84 chorych dzieci, u których później wystąpiła wysypka odrowa, plamy Koplika mogłem widzieć tylko w 17 przypadkach, stanowi to 21,4%, więc daje ten sam procent jaki podaje Strzelbicki; u innych zaś 67 dzieci w 48 przypadkach w tym okresie choroby wystąpiła obfita wysypka na błonie sluzowej podniebienia miękkiego, a po części i na języku, na błonie zaś śluzowej policzków i warg żadnych plamek zauważyć nie mogłem. U reszty 17 małych mych pacyentów ani na policzkach, ani na wargach, ani na podniebieniu nie znajdywałem żadnych plam.

W czasie epidemii odry zanotowałem 7 przypadków, gdzie na podstawie istniejących objawów nie mogłem stanowczo zdecydowac, z czem mam do czynienia, podejrzewałem zaś odrę; późniejszy jednak przebieg choroby dowiódł mi, że podejrzenie moje nie sprawdziło się, gdyż były to inne cierpienia, nic wspólnego z odrą nie mające; w tych przypadkach ani razu nie widziałem żadnych plam na błonie śluzowej ust.

Na podstawie więc swoich spostrzeżeń doszedłem do przekonania, że stwierdzenie obecności plam, opisanych przez Koplika, w błonie śluzowej warg i policzków w czasie epidemii odry stanowczo może przechylić nasze rozpoznanie na rzecz odry, lecz niestety, plamy Koplika rzadko tylko się widuje w tym okresie choroby, kiedy jeszcze wysypki niema; nasze więc rozpoznanie w początkach odry przed wystąpieniem wysypki nie może być i teraz pewnem, z wyjątkiem tych nielicznych wypadków, kiedy zjawienie się plam Koplika na początku choroby pozwala nam stanowczo wypowiedzieć się za odrą.

W dalszym przebiegu choroby, kiedy wysypka pojawia się na ciele, plamy na policzkach i wargach występują często, lecz wtedy nie mogą one mieć dla nas żadnego znaczenia rozpoznawczego.



Atropina w niedrożności jelit.

Napisał Dr. **Witold Piasecki** (z Osięcin).

Skuteczność atropiny w wielu przypadkach niedrożności jelit nie ulega już wątpliwości; *) dla tego częściej znaleść powinna zastosowanie, szczególniej w praktyce wiejskiej. Niechęć wielu pacyentów do szpitala, niemożność kilkakrotnego odwiedzania chorych i prowadzenia kuracyi narkotykami i lawatywami Hegara, niecharakterystyczny przebieg rozmaitych przypadków niedrożności, trudności rozpoznawcze co do rodzaju przeszkody w kiszkach i inne praktyczne względy—wszystko to zachęcić powinno do stosowania atropiny.

Osobiście stosowałem atropinę w 3 ciężkich przypadkach niedrożności jelit, zawsze wypróbowawszy przedtem i środki przeczyszczające i lawatywy Hegara (ostatnie; do 2 razy diennie, zalecam i po atropinie). We wszystkich przypadkach posiłkowałem się niżej podanym sposobem dawkowania.

Oto krótki opis przebiegu spostrzeganych przypadków:

I). W lutym roku zeszłego zawezwano mnie do chorej D., lat koło 60. Zastałem chorą wycieńczoną, w stanie poczynającej się zapaści; 4 dni leczona bez skutku lawatywami i środkami czyszczącymi. Pokarmów żadnych nie przyjmuje; od 3 dni wymioty kałowe. Wzdęcie; ruchy kiszek widoczne w środkowej części brzucha; mocz daje wyraźny odczyn na indykan (reakcya z kwasem solnym, nadmanganianem potasu i chloroformem). Prawdopodobna przeszkoda w jelicie cienkiem.

Po zastrzyknięciu ol. camphorati dałem chorej trzykrotnie w ciągu dnia wysokie lawatywy; wieczorem lawatywa odżywcza z mleka, koniaku i nalewki makowcowej; kamfora i jedna podziałka (1/10 strzykawki) rozczynu:

Rp. Atropini sulphur. 0,1 Morphii mur. 0,25 Aq. destill. 10,0; zastrzyknąłem więc 0,001 atropiny. Chora spała dobrze przez 5 godzin, objawy zatrucia minimalne. Drugiego dnia (a VI choroby) powtórzyłem całą procedurę (Hegara – raz); na noc 2 szpryce kamfory, lawatywa odżywcza i $\frac{1}{2}$ strzykawki rozczynu atropiny c. morphio (czyli atropiny 0,005). Sen w kilka minut po zastrzyknięciu, niespokojny przez noc całą Trzeciego dnia rano (a VII choroby) – kamfora. Chora prócz lawatyw odżywczych nic nie przyjmowała; siły stosunkowo nie ubywały, tętno małe, koło 120. Po południu lawatywa z pół kwarty wody sodowej; w $\frac{1}{2}$ godziny o-

*) Mowa tu być może o Ileus spastico-paraliticus i ewent. o jednej postaci Ilei mechanici, mianowicie o Invaginatio. (*Red.*).

deszło trochę kaszkowatego stolca i gazów; na noc kamfora i lawatywa odżywcza. W nocy stolec obfity po zwykłej lawatywie. Chora stopniowo powróciła do zdrowia.

II). W lutym r. b. wezwano mnie do niejakiego Ul., lat koło 40. Od 2 dni nie oddaje stolca; bóle mocne w całym brzuchu; odbijanie z zapachem kałowym; wymioty po jadle, niecharakterystyczne; wzdęcie i perystaltyka nierównomierne. Zaleciłem kalomel + pulv. r. Jalapae aa 0,3 dwa proszki, co godzina jeden. Po każdym proszku wystąpiły silne wymioty, po drugim — kałowe; chory mocno osłabł. Przez dzień parę lawatyw Hegara i makowiec; wewnątrz wino; objawów zapaści niema. Następnego dnia (a IV choroby) 2 lawatywy, a potem, nad wieczorem; 0,001 Atropini c. Morphio: występuje suchość w gardle. Piątego dnia choroby—przed wieczorem—0,005 Atropini c. Morphio; w kwandrans po tem silne objawy zatrucia: tętno 132, twarz czerwona, zaburzenia wzrokowe; chory rzuca się na łóżku, siada, porywa się do bicia; wobec ciągle miarowego tętna — zachowanie wyczekujące; położyłem tylko zimny okład na głowę. Sen trwał jakie $\frac{1}{2}$ godziny; objawy zwolna poczęły słabnąć, chory zasnął. Niespokojny sen do 5 rano. W 10 godzin po zastrzyknięciu maksymalnej dawki dozorująca kobieta wprowadziła do kiszki na 2 łokcie rurkę Hegara; za rurką wyszła szklanka kaszkowatego kału; w 20 godzin po zastrzyknięciu ostatniej dawki — obfite wypróżnienie. Suchość w gardle, objawy zaburzeń nerwowych i osłabienie stopniowo mniejsze trwały jeszcze blizko tydzień. Wyzdrowienie.

Opisani chorzy dawniej często cierpieli na zaburzenia trawienne.

III). 4 kwietnia zachorowała żona miejscowego strażnika. Kobieta lat 30, z powodu zaparcia i bólów dostaje od 2 dni rycynę i lawatywy; zapisałem kalomel + pulv. r. Jalapae, jak uprzednio i zastosowałem 4 lawatywy Hegara; skutku żadnego. Czwartego dnia choroby głośna czkawka i wymioty coraz więcej cuchnące. Chora przyjmuje w małych ilościach wino z lodu; tętno 100, niezłe; siły zachowane. Wśród dnia trzykrotnie wysokie lawatywy—bez skutku. Przed wieczorem 1 podziałka wiadomego rozczynu. Piątego dnia choroby żadnej poprawy; po południu lawatywa i $\frac{1}{2}$ szprycki rozczynu atropiny. W nocy trochę stolca kaszkowatego samodzielnie; w 15 godzin po ostatniem zastrzyknięciu—obfity stolec. Objawy zatrucia, jak i u pierwszej chorej, nieznaczne; tylko sen niespokojny (drgawki, rzucanie się). W 3 dni potem zupełne wyzdrowienie.

A teraz parę uwag o sposobie dawkowania atropiny. Mając na uwadze bardzo rozmaitą wrażliwość na ten lek, należy zastrzykiwać 1-go dnia nie więcej nad 0,001 atropiny; drugiego dnia, gdy niema objawów groźnych—0,005. Chorzy znosili atropinę dobrze może dla tego, że dawałem ją zawsze z morfiną, która nie-

zobojętniając działania swoistego atropiny, zmniejsza pobudliwość mózgu.

Dobra strona stosowanego przezemnie dawkowania polega i na tem, że chory, który po pierwszem zastrzyknięciu dostał choć chwilowego ukojenia cierpień, chętnie się godzi i dnia następnego na powtórzenie zabiegu, nie przypisując potem burzliwych następstw lekarstwu, które mu wczoraj usługę oddało. Należy wszakże uprzedzić chorego o niebezpieczeństwie cierpienia i konieczności stosowania energicznej pomocy, która ma swe strony nieprzyjemne.

Sądzę, że przy oględnem dawkowaniu atropiny razem z morfiną można uniknąć takich niespodzianek, jakie opisał niedawno kol. Lidmanowski z Zagórowa (Z. IV „Czas. lek." z r. b.).

Powyższe uwagi tyczą stosowania dawki zwiększonej po zbadaniu tolerancyi chorych przez pierwotną dawkę mniejszą. Co jednak czynić, gdy już dawka pierwotna (0,001) wywołuje silne objawy zatrucia? Sądzę, że w takich wypadkach pierwsza, jeżeli nie odrazu, to po kilkakrotnem zastosowaniu wywoła u źle znoszących atropinę taki sam skutek, jak 0,005 u tolerujących ten lek. Takie wyniki dały przynajmniej próby dawniejsze, kiedy nieprzekraczano 0,001. Próba więc pierwotna daje możność zastosowania następnej dawki do tolerancyi chorego. Dawka 0,005 winna być stosowana oględnie i tylko wtedy, kiedy dawka 0,001 wywoła słabe objawy zatrucia (lekka suchość w gardle, szerokie źrenice, tętno koło 100, bez nudności, omamień i szału).

Co do wartości dyagnostycznej atropiny, to muszę się powołać na zdanie Weber'a (**Deutsch. med. Woch. № 9, 1902, referat: Nowiny Lekarskie XI, 1902**); ten ostatni radzi oddać niezwłocznie w ręce chirurga chorego, u którego atropina podana w ilości 0,01 w ciągu doby pozostała bez skutku. Sądzę, że ta rada ma dla nas znaczenie niezmiernie ważne. Sądzę nawet, że kiedyśmy doszli do dawki 0,005 możemy poprzestać na niej, co najwyżej taką powtórzyć dnia następnego; gdy i w tedy nie otrzymamy pożądanych wyników - internista musi złożyć broń; wtedy tylko operacya pomóc choremu może.

Zbyt jednak długo próbować małych dawek nie wolno, bo wtedy odeślemy chirurgowi chorego w stanie zapaści, nie kwalifikującego się już do żadnych zabiegów. Natomiast dawkowanie stopniowane, jakie wyżej podałem, pozwala już na drugi dzień od początku leczenia zadecydować o ewentualnej konieczności operacyi. Tej reguły zastosować nie można w przypadkach daleko posuniętych, kiedy lekarz jest wezwany zbyt późno.



O trzech przypadkach niedrożności kiszek, wyleczonych atropiną.

Podał Dr. **A. Żółtowski** (os. Czechy—Siedleckie).

Zachęcony stosowanemi w ostatnich czasach wstrzykiwaniami więcej niż maksymalnych dawek atropiny przy ostrej niedrożności kiszek (maksymalna dawka u nas—0,001 pro dosi, w Niemczech—0,002, w Austryi—0,003), sprobowałem tej metody leczenia w trzech przypadkach. Wynik był znakomity, lecz we wszystkich trzech przypadkach wystąpiły u chorych w mniejszym lub większym stopniu objawy zatrucia organizmu, które—na szczęście—usunięte zostały, nie wywołując poważniejszych następstw.

Idąc za radą Batscha, który odmawia skutecznego działania mniejszym dawkom atropiny, jednorazowo wstrzykiwałem 0,005, a w jednym przypadku 0,0055 atropiny, t. j. najwyższą dawkę, jaką dotychczas stosowano.

W pierwszym przypadku wezwany byłem do chorej Ryfki S. we wrześniu r. z. Chora lat 28, trzy razy rodziła, obecnie jest w czwartym miesiącu ciąży; dotąd była zupełnie zdrowa; nie jest obarczona żadną dziedziczną, ani też nabytą chroniczną chorobą; umiarkowanej budowy ciała i miernego odżywiania. Zachorowała sześć dni temu na biegunkę, miała przytem gorączkę (silne pragnienie na picie) i boleści w brzuchu, obok częstych wypróżnień. Na pytanie moje, czy nie było krwi w wypróżnieniach, chora nie umiała mi odpowiedzieć, gdy nie zwróciła na to uwagi; od dwóch zaś dni wypróżnienia i wiatry zupełnie się wstrzymały. Po użyciu oleju rącznikowego, z porady felczera, chora dostała silnych wymiotów i boleści w brzuchu; wymioty powtórzyły się kilka razy. Przy badaniu znalazłem: temperatura 38,2, puls słaby, 120; brzuch umiarkowanie wzdęty i bolesny przy opukiwaniu; język obłożony, chora bardzo osłabiona i apatyczna; wymioty cuchnące, z ust zapach kałowy. Badanie ginekologiczne nie wykazało żadnych zmian w położeniu macicy. Kilkakrotne lawatywy Hegarowskie bez skutku. Na propozycyę zaś moją, ażeby chora wyjechała do Warszawy na operacyę (50 wiorst koleją), nie zgodzono się; postanowiłem przeto zastosować atropinę, uprzedziwszy jednakże rodzinę, że środek ten jest nadzwyczajnie silny. Wstrzyknąłem odrazu 0,005 grm. świeżo rozcieńczonej atropiny. Po upływie pół godziny chora zaczęła się niepokoić, a następnie rzucać, krzyczeć i zrywać się z łóżka, straciwszy zupełnie przytomność; źrenice rozszerzone ad maximum, twarz mocno zaczerwieniona, język suchy, puls 140. Chorej natychmiast wstrzyknąłem pod skórę dwie strzykawki coff. natriobenz (2:10), a w kilkanaście minut dwie szpryce kamfory w eterze (1 : 10) i kazałem

przygotować kąpiel, w której chorą trzymano przez 15 minut; następnie zawiniętą ją w koce. W kąpieli, jak również i w kocu, chora się spociła i uspokoiła, a po upływie godziny usnęła, często się budząc i bredząc; puls lepszy. Chorą widziałem powtórnie po upływie 24 godzin: apatyczna i na wpół przytomna, skarży się na ból głowy i boleści w brzuchu, dwa razy wymiotowała. Próbowałem głębokich lawatyw, lecz i tym razem bezskutecznie; wstrzyknąłem więc powtórnie atropinę, zmniejszywszy dawkę do 0,004, a w kilkanaście minut po tem po dwie szpryce coffeiny i kampfory powyższego roztworu. Po upływie pół godziny chora zaczęła bredzić i niepokoić się, po czem wkrótce usnęła; źrenice rozszerzone, twarz zaczerwieniona, puls 110, dosyć pełny, język suchy. Wobec dobrego pulsu zaniechałem kąpieli, a chorej zaleciłem mocną gorącą kawę. W dziewięć godzin po drugiem zastrzyknięciu atropiny chora dostała ofitych wypróżnień, lecz trzeciego dnia była jeszcze na wpół przytomna i jakby pijana, dopiero czwartego dnia odzyskała zupełną świadomość i przytomność umysłu, oświadczając mi przytem, że nic nie pamięta, co się z nią działo przez te trzy dni. Przez tydzień jeszcze było nieznaczne podniesienie ciepłoty i objawy dyzenteryczne, dopiero w drugim tygodniu zaczęła przychodzić do zupełnego zdrowia. Poronienia nie było.

Z całego przebiegu choroby widocznem jest, że mieliśmy do czynienia z wgłobieniem jelit (invaginatio), wywołanem nadmiernym ruchem robaczkowym z powodu biegunki. Znane są wprawdzie przypadki w literaturze, że wgłobiony odcinek kiszki ulega zgorzeli i wydalony zostaje samoistnie, po czem znowu wraca drożność kiszek; lecz w tym przypadku w wypróżnieniach, które dokładnie oglądałem, nie było żadnych strzępów, ani kawałków z uległych zgorzeli części kiszek, wyleczenie więc należy przypisać tylko atropinie.

W drugim przypadku, który mi się zdarzył w kilka tygodni, wezwany byłem do chorego Rocha Grz., lat 50; po obfitej libacyi na jarmarku dwa dni temu dostał nadzwyczajnie silnych i gwałtownych wymiotów, w czasie których doznał uczucia, jak gdyby mu się kiszki zakręciły. Wkrótce potem wstrzymały się zupełnie wiatry i wypróżnienia, a w brzuchu zjawiły się ogromne boleści. Chory silnej budowy ciała i dobrego odżywiania, dotąd zupełnie zdrów, ma lekkie objawy stwardnienia naczyń i rozedmę płuc. Ciepłota 36.4, puls 120, drobny; brzuch mocno wzdęty i bolesny przy dotykaniu; stan ogólny bardzo ciężki, rysy twarzy zaostrzone i wydłużone; wymioty powtarzały się kilka razy. Głębokie lawatywy bezskutecznie; na operacyę zgodzić się nie chce. Zastrzyknąłem mu przeto atropiny 0,005, a po tem dwie strzykawki kamfory w eterze i dwie koffeiny. Chory senny i niespokojny; źrenice rozszerzone, język suchy, twarz zaczerwieniona, przytomności nie stracił i wkrótce usnął. Dnia następnego stan chorego się pogorszył; przed południem były dwa razy kałowe wymioty, a od kilku godzin czkawka nieustająca męczy go, brzuch nadzwy-

czajnie wzdęty i bolesny, ciepłota ciała 36,2, puls 130; chory zupełnie przytomny, niepokoi się tylko i martwi swoją chorobą. Na brzuch zaleciłem pęcherz z lodem, a pod skórę wstrzyknąłem atropinę w ilości 0,0055 (w 24 g. po pierwszym zastrz.) i następnie excitantia, jak wyżej. Tym razem chory zaczął się więcej niepokoić i trochę bredzić, lecz wkrótce usnął. Na twarzy dosyć silne wypieki, źrenice mocno rozszerzone, puls 130. W godzinę potem wstrzyknąłem mu strzykawkę kampfory; po upływie sześciu godzin nastąpiły obfite wypróżnienia i chory w kilka dni przyszedł do zupełnego zdrowia.

Trzeci przypadek, który miałem w Sierpniu r. b., jest z przebiegu klinicznego podobny do pierwszego. Jan M. gajowy lat 38, od kilku dni miał częste wypróżnienia ze krwią, brał kilka razy w dużych dawkach olej rącznikowy (od 2—3 łyżek jednorazowo), a dnia ostatniego po użyciu takiej dawki oleju dostał silnych wymiotów i boleści w brzuchu, wypróżnienia zaś i wiatrów nie miał od dwóch dni. Chory umiarkowanej budowy ciała i miernego odżywiania, z objawami przewlekłego bronchitu i rozedmy płuc, ciepłota ciała 38,1, puls słaby, 120; wymioty cuchnące, brzuch umiarkowanie wzdęty i bolesny przy badaniu. Lawatywy bezskuteczne, a na operacyę chory zgodzić się nie chce; wstrzyknąłem mu przeto atropinę w ilości 0,004, a następnie excitantia. Chory wkrótce zaczął się lekko niepokoić i usnął: źrenice rozszerzone, język suchy, twarz zarumieniona, puls doby. Chory spał bardzo dobrze, lecz na drugi dzień powtórzyły się cuchnące wymioty i gwałtowne boleści w brzuchu; wstrzyknąłem mu przeto powtórnie atropinę (w 20 godzin po pierwszem zastrzyknięciu) w ilości 0,005 i następnie excitantia, jak wyżej Tym razem chory zaczął krzyczeć, rzucać się i mówić bez związku; twarz przy tem mocno zaczerwieniona, źrenice rozszerzone ad maximum, język suchy, puls przyśpieszony. Wobec tego choremu kazałem dawać mocną gorącą kawę do picia i zawinąłem go w koc, w którym dostał obfitych potów; wtedy uspokoił się i usnął, a puls się poprawił. Wieczorem zaś o godzinie 11-ej,w 9 godzin po drugiem zastrzyknięciu atropiny, dostał obfitych wypróżnień bez domieszki kawałków lub strzępów uległej zgorzeli części kiszek, w kilka zaś dni po tem przyszedł do zupełnego zdrowia.

Jako przeciwtrutki nie użyłem w żadnym przypadku ani pilokarpiny, ani morfiny, gdyż — właściwie mówiąc — żaden z tych środków nie jest przeciwtrutką dla atropiny w ścisłem znaczeniu tego słowa. Wprowadzenie zaś do organizmu, przepełnionego trucizną, jeszcze nowego nieobojętnego i o wątpliwym przeciwdziałaniu środka, uważałem za niestosowne, wolałem natomiast wstrzyknąć pod skórę środki nasercowe, jak eter, kamforę i koffeinę (która jest też środkiem moczopędnym); w celu zaś wywołania obfitych potów i tem samem szybszego wydalenia trucizny z organizmu zamiast pilokarpiny—użyłem kąpieli i koców, po których rezultat był znakomity i chory się uspokajał, puls poprawiał,

a suchość w gardle i języku i zaczerwienienie twarzy—zmniejszały się.

Z przcbiegu choroby trzech powyższych przypadków widzimy, że atropina przy ostrej niedrożności kiszek posiada znakomite działanie, lecz jednorazowe wstrzykiwania tak olbrzymich dawek atropiny (od 0,004 - 0,005) były niedostateczne, z czego możemy wyprowadzić prosty wniosek, że przy ostrej niedrożności przewodu kiszkowego skutecznie działają tylko duże dawki atropiny, które trzeba jeszcze powtórnie wstrzykiwać. Niestety, takie dawki wywołują zawsze objawy zatrucia organizmu i mogą stać się nawet przyczyną śmierci; stosować więc atropinę należy tylko w tych przypadkach, kiedy chory nie chce się zgodzić na operacyę lub jeżeli operacya nie może być wykonana z innych powodów, od chorego niezależnych; w każdym razie, trzeba uprzedzić rodzinę, że stosowany środek jest bardzo silny, a chory po zastrzyknięciu atropiny powinien bezwarunkowo pozostać pod stałą kontrolą lekarza.



XIII Zjazd chirurgów polskich w Krakowie.*)

(13—15 lipca, 1903 r.).

(Ciąg dalszy).

3) Jasiński. Nasze wyniki po doszczętnych operacyach przepuklin i porównanie różnych sposobów używanych. W klinice lwowskiej było od r. 1897 do 1903 operowanych z powodu przepukliny 175 chorych, 137 mężczyzn, 38 kobiet. Z tej liczby 158 było przepuklin jednostronnych, 17 podwójnych, 1 potrójna. Przepuklin podbrzusznych było 154 (t. j. pachwinowych i udowych) i w tych zastosowano sposób Bassiniego lub Bassini-Postempskiego 71 razy, Kochera 68; według innych metod operowano 15 razy. Nawrotów naliczono 9% po operacyi doszczętnej przepuklin pachwinowych: po metodzie Bassini-Postempskiego 7%, po Kochera około 5%. Liczby te przemawiałyby za sposobem Kochera w przeciwieństwie do innych autorów, którzy prawie jednakie otrzymywali wyniki po sposobie Bassiniego, co i po sposobie Kochera. Według Grasera wymagamy od nowoczesnej metody operacyjnej, by 1) worek przepuklinowy podwią-

*) Podług sprawozdania Dr. B. Żmigroda, w „Przeglądzie Lekarskim".

zać możliwie wysoko; 2) by bramę przepuklinową dokładnie zamknąć; 3) wymagamy wygojenia rany przez rychłozrost bez pozostawienia rozległych blizn; 4) by technika była możliwie prostą; 5) by nie operowano w głębi na ślepo. Tym żądaniom nie odpowiada ani metoda Koehera, ani Bassiniego. Prelegent wyjaśnia niedogodności obu metod. Przepuklin uwięzniętych operowano 32, z tego pięć przypadków zakończyło się śmiercią, co prelegent tłómaczy późnem zgłaszaniem się chorych do operacyi

4. Rydygier (młodszy), (Lwów): Niezwykła zawartość w przepuklinie wargi sromowej. Chora, lat 44 licząca, niemiesiączkująca zupełnie, zgłasza się z guzem prawej wargi sromnej większej wielkości pięści, elastycznym, dającym się odprowadzić do jamy brzusznej. Badanie przez pochwę wykazało brak części pochwowej i macicy. Przy operacyi okazało się, że guz ten był workiem przepuklinowym, którego treść stanowiło ciało o kształcie macicy z przydatkami. Macica ta przypominała macicę dziecięcą; po stronie prawej macicy znaleziono ciało okrągłe, przypominające jądro, otoczone błoną białą, twardą. Po tej stronie nadto stwierdzono sznurek twardy, mający na przekroju światło, przypominający sznurek nasienny; po stronie zaś lewej torbiel o ścianach dość grubych. Badanie drobnowidzowe wykazało utkanie jądra. Jest to przypadek obojnactwa rzekomego, w tym przypadku męzkiego, gdyż jest tylko jądro, a niema jajników, mimo, że części płciowe zewnętrzne, a po części i wewnętrzne (macica), były kobiece.

5) Pomorski (Poznań): Operacya doszczętna przepuklin u dzieci Drobnik wykonał w ciągu 10 lat 86 operacyi przepuklin u dzieci; prelegent zaś operował w okresie $3\frac{1}{2}$-letnim 70 dzieci; jeden przypadek operowany przypadał na 100 przepuklin. Drobnik operował w ten sposób, że wsuwał jelita, zeszywał worek i potem bramę; prelegent uważa sposób ten za niekoniecznie dobry; lepszy jest sposób Bassiniego; chociaż początkowo nie dawał mu wyników zadawalniających. W przypadkach ciężkich, gdzie *proc. vaginalis* jest otwarty, radzi prelegent operować sposobem Klema, a bramę zamykać sposobem Bassiniego. Starać się tylko trzeba, by nie ucisnąć sznurka nasiennego.

Dyskusya: Kader (Kraków) miał w swej klinice przez trzy lata dość duży materyał przepuklinowy. Śmiertelność w przypadkach uwięzniętych wynosiła 16—17%. Przepuklinę pachwinową operuje sposobem Bassiniego; robi jednak nie trzy, ale dwie warstwy i unika ucisku na sznurek nasienny Warstwę wewnętrzną szyje szwem węzełkowym, na to sznurek nasienny, potem szyje mięsień skośny zewnętrzny i skórę. Za zasadę uważa wytworzenie silnej ściany tylnej, by, jeśli w przedniej ścianie jest ropienie, nie przeszło ono przez tylną. Zaznacza, że właściwie to nie jest nawrotem, co zwykle tém mianem nazywają: następuje z czasem zwiotczenie blizny i przepuklina brzuszna, z którą sobie ciężko dać radę. Dzieci K. operuje sposobem Klema, albo Anschütza, wycina worek podobnie, jak przy operacyi wodniaka jądra, i nie miewa nawrotu. Radzi pasków nie dawać, bo pod wpływem paska prędzej się przepuklina wytworzy, niż bez tego. Przy przepuklinie udowej zeszywa prelegent wrota, stara się z mięśnia łonowego wyciąć płat i zapomocą tego płata wytworzyć ścianę, którąby się opierała wytworzeniu przepukliny.

B o g d a n i k (Biała) operuje dzieci, jeśli się tylko rodzice zgodzą. Operował już w trzecim miesiącu życia, a doradza operacyę, jeśli przez bramę daje się przeprowadzić palec. Na wczesną operacyę godzą się zazwyczaj rodzice dzieci robotników; rodzice z warstwy inteligencyi boją się dać dziecko wcześnie operować. Starców operuje, o ile ich można operować; zazwyczaj zanieczyszczają się ci chorzy kałem i moczem i są niespokojni. Operował raz 82-letniego chorego, który zaraz po operacyi zerwał się z łóżka i chodził; być może, że uniknął przez to zapalenia opadowego płuc. Stosuje najchętniej sposób B a s s i n i e g o. Rzuca myśl, by wszyscy członkowie Zjazdu dali do pamiętnika swoją statystykę przepuklin, sposób ich operowania, a przy tak dużym materyale możnaby sobie wyrobić dokładne wyobrażenie o sposobach operacyi. W przypadkach przepuklin uwięzniętych miał na sto kilkadziesiąt przypadków 10% śmiertelności.

R y d y g i e r (Lwów) zgadza się z H o r d y ń s k i m co do wskazań u dorosłych, jednak co do dzieci, to nie zajmuje tak radykalnego stanowiska, jak np. F r ä n k e l. Statystyka co prawda podaje, że na 500 przypadków wypada przypadek śmierci; mówca jednak sądzi, że więcej, bo nie każdy spieszy się z ogłoszeniem takiego nieszczęśliwego przypadku. A zresztą można zapomocą dobrego paska, wcześnie założonego, sprowadzić wyleczenie, a niekoniecznie zaraz uciekać do operacyi. Co do nawrotów, to nie należy już po roku oceniać, czy nawrót wystąpił, czy nie; trzeba czasem czekać do końca życia. W swojej klinice stosuje R. metodę B a s s i n i - P o s t e m p s k i e g o najczęściej; trzeba jednak przypadki, co do metody operowania, indywidualizować. W powstawaniu nawrotów odpowiada za nieudanie się nietylko sposób operacyi, lecz także i samo jej wykonanie.

6) R y d y g i e r. (Lwów): D e m o n s r a c y a p a s k a d l a p r z e p u k l i n o b u s t r o n n y c h. Prelegent demonstruje pasek, któryby nazwać można polskim, bo mamy niemieckie i francuskie. Są to dwie peloty połączone blaszką sprężynową, wynalazek konduktora kolejowego, który ma przepuklinę obustronną i żaden inny pasek nie spełniał należycie swego zadania.

B o s s o w s k i (Kraków) rozporządza znacznym materyałem przepuklinowym, około 200 przypadków. Zdaniem jego przepuklina uwięznięta jest u dzieci rzadkością; na 150 przepuklin u dzieci miał takich przypadków tylko trzy. W tych 150 przypadkach operował 4 razy metodą C z e r n e g o, B a s s i n i e g o 8, B a s s i n i - P o s t e m p s k i e g o 4, a resztę metodą K o c h e r a. Zasadniczo operuje dzieci dopiero po pierwszym roku życia; w pierwszym roku życia operował ze trzy razy, ulegając prośbie rodziców. Mówca przyznaje, że przepuklina pod wpływem paska wyleczyć się daje, ale nie trzeba iść za daleko; czasem nosi się 4—9 lat pasek bezskutecznie. Tembardziej jest się zmuszonym operować, jeśli chodzi o dzieci biedne, gdzie niema za co paska kupić i gdzie rodzic nie mają czasu na to, by zakładać i poprawiać dziecku pasek. Zaufanie do tej operacyi wśród publiczności wzrasta; dowodem tego jest liczba operacyi: przed 8 laty operował 7 przypadków, od kilku lat operuje po 30, 40 przypadków. Nawroty przepukliny uważa B. za nieudało wyniki operacyi. Jest zwolennikiem K o c h e r a, czasem kombinuje tę metodę z metodą B a s s i n i e g o i to robi już oddawna, przed ogłoszeniem pracy H e r m a n a. W obliczeniu przypadków nawrotu przepukliny nie jest szczęśliwym, jak H o r d y ń s k i, gdyż nie jest w możności dowiedzenia się o chorych. Wszystkie usterki przy wadliwej technice operacyjnej znikają z czasem przy wzroście doświadczenia.

S c h r a m m (Lwów) prowadzi od lat 17 szpital dzieci, o rocznej liczbie przypadków 6000, a przez cały ten czas miał tylko dwa przypadki uwięznięcia przepukliny, to też doszczętna operacya z tego wskazania niema racyi bytu u dzieci. Do operacyi nie namawia, chyba że brama przepuklinowa jest bardzo wielka i przepuklina nie da się w pasku utrzymać, jeśli rodzice operacyi się domagają, lub przepuklina mimo noszenia paska po 3—4 latach trwa dalej. S. operuje dopiero po skończonym trzecim roku zycia, używa metody K r a m e r a; sposobu K l e m a nie uwa a za postęp w technice. W swych przypadkach nie miał ani przypadku śmierci, ani ropienia. Fräenkel jego zdaniem za daleko idzie.

D u t k i e w i c z (Kaźmierza Wielka, Król. Polskie) opowiada przypadek przepukliny u chłopaka małego, u którego nastąpiło trzy razy uwięznięcie. D. wszyst-

kie trzy razy zreponował i założył pasek, który chory nosił jakiś czas. Od lat dwóch nie nosi paska i jest zdrów. Zdaniem jego nawet uwięźnięcie u dziecka nie stanowi bezwzględnego wskazania do operacyi.

Kryński (Warszawa) jest zdania, że nie trzeba uważać wypuklenia w powłokach brzusznych za nawrót, chociażby nawet wypuklenie to wystąpiło w okolicy blizny.

Zieliński (Lwów) zwraca uwagę na rozszerzenie kanału pachwinowego; obecność tego rozszerzenia jest przeszkodą w przyjmowaniu np. do żandarmeryi, co określa ustawa, zabraniająca zaciągania tych ludzi. Radzi on w tych przypadkach *crura* zeszyć.

Bossowski (Kraków) w odpowiedzi na zapytanie Rydygiera opisuje zmodyfikowany sposób Kochera: worek przeciąga się śródbrzusznie, przeprowadza się przez drugi otwór zrobiony nawet powyżej rany i tam wszywa.

Barącz (Lwów) chciałby metodę Bassiniego o tyle zmodyfikować, że przeciągałby mięśnie jedne na drugie i obie warstwy zeszyłby szwem materacowym. Podobnie zdaje się robił Walstaedt.

Kader (Kraków) zgadza się w zupełności ze Schrammem. Co do rozstępów mięśni, to nie radzi w tem zboczeniu operować; operuje tylko w przepuklinie międzytkankowej (*hernia interstitialis*).

Pomorski (Poznań) nie jest za ścisłem oznaczeniem czasu operacyi; trzeba działać odpowiednio do przypadku. Pasek wystarcza, jeśli przepuklina mała. W przypadkach mówcy były duże i te musiał operować. Najważniejszą rzeczą przy operacyi jest wzgląd na sznurek nasienny, żeby nie wywołać ucisku.

Horodyński przyznaje, że co do przepuklin u dzieci niema doświadczenia; jednakowoż jeśli na 500 przypadków jest tylko jeden przypadek śmierci, a zapomocą paska $^1/_3$ przepuklin nie zostaje uleczoną, to dziwi się temu, że się nie operuje. Wnosi z dyskusyi nad swojem pytaniem drugiem, Kocher, czy Bassini, że żadnego z tych sposobów nie można uważać za zabieg normalny dla każdej przepukliny. W sprawie nawrotów godzi się na zdanie Kryńskiego, że często ma się do czynienia z przepukliną brzuszną, a nie z nawrotem. Zanik jądra w tych przypadkach stoi zdaniem jego w związku przyczynowym z powstaniem krwiaka, który uciska potem na naczynia. H. niema doświadczenia co do metody Kochera dlatego postanawia dla poznania tego sposobu operować tylko tą metodą; odstraszałoby go częste ropienie przy tej metodzie, bo według jego zdania przyczyna ropienia nie leży tylko w błędach aseptyki. W końcu żałuje H., że kwestyi zapalenia płuc pod rozwagę nie wzięto; jego zdaniem wytwarza się zawał, a wina nie leży ani w znieczulaniu, ani w oziębieniu chorego

7) Zawadzki (Warszawa): Zator tłuszczowy po złamaniach kości. Prelegent podaje kilka przypadków zatoru tłuszczowego w nerkach (u 58 letniego chorego), w jednem płucu, w obu płucach i t. d.: Zwraca także uwagę, że zatory tłuszczowe mogą powstawać nietylko po złamaniach kości, ale także po stłuczeniach, zmiażdżeniach mięśni, ortopedycznych zabiegach i t. p.

8) Zawadzki (Warszawa): Zwężenia urazowe przełyku. Z. przestrzega przed zgłębnikowaniem przy zwężeniach powstałych po urazie; w tych przypadkach radzi lepiej założyć przetokę żołądkową, a zgłębnikować dopiero potem, gdy już niema żadnego niebezpieczeństwa jeszcze większego uszkodzenia przełyku zgłębnikiem. Opisuje przypadek, w którym z tego wskazania robił gastrostomię.

9) Zawadzki (Warszawa): Zaburzenia mowy po złamaniach kości czaszki. W dwóch przypadkach urazu czaszki wystąpiły po jakimś czasie zaburzenia mowy i pamięci, parafazya i utrata pamięci; chorzy nie mogli na oznaczenie przedmiotów widzianych dobrać odpowiednich wyrazów, mylili się,

przekręcali i t. d.. Miejsce urazu i uszkodzenia mózgu oznaczał Z. zapomocą sposobu Krönleina.

W dyskusyi zabierali głos: Rydygier (Lwów), Łapiński (Warszawa), i Kader (Kraków).

10) Bossowski (Kraków): O wrodzonych zarośnięciach jelita cienkiego (z demonstracyą preparatów). Zarośnięcia wrodzone jelita należą do rzadkości; dotychczas znanych jest 198 przypadków wrodzonego zamknięcia światła w przewodzie pokarmowym na przestrzeni od odźwiernika do jelita esowatego włącznie. Z tego wypada 120 przypadków (60%) na jelito czcze i biodrowe. Powstaje przytem charakterystyczne ściągnienie kurczowe i niedomoga całego jelita obwodowego od siedziby zarośnięcia aż do odbytnicy, która na wysokość 10—12 ctm. powyżej otworu stolcowego jest drożną dla palca dorosłego człowieka, a pomieścić może 50 — 60 ctm.[3] cieczy. Przeszedłszy objawy, rozpoznanie i rokowanie wrodzonego zarośnięcia jelita u noworodków, opisuje B. swoje dwa przypadki, z których jeden miał zarośnięcie wrodzone w jelicie czczem, drugi zaś okazywał to wrodzone zamknięcie światła na znacznej przestrzeni w dolnym końcu jelita biodrowego, w blizkości jelita ślepego. Wszystkich dotychczas operowanych przypadków było 31, ale wynik operacyi był niepomyślny, gdyż wszystkie, jakoteż i podane dwa przypadki Bossowskiego, pomarły w kilka dni po operacyi. Wyniki dotychczasowe nie powinny odstraszać; trzeba się starać o przywrócenie drożności, tembardziej, że dzieci te są zazwyczaj dobrze rozwinięte, zdolne do życia, i przez przywrócenie drożności jelit mogą być ocalone. B. na podstawie swych spostrzeżeń jest zdania, że wobec zarośnięcia w dolnym końcu jelita biodrowego należy połączyć odcinek, znajdujący się powyżej miejsca zamknięcia jelita zapomocą enteroanastomozy wprost z górnym końcem odbytnicy, której szerokość światła sprzyja wynikom anastomozy. W razie wrodzonego zamknięcia światła w górnych odcinkach jelita biodrowego, lub w jelicie czczem skłania się B. do poleconego przez Brauna wszycia obu końców zamkniętego jelita w ranę brzuszną i stopniowego rozszerzania potem jelita obwodowego sposobami Brauna, lub też drenowaniem jelita obwodowego od rany, aż do otworu stolcowego coraz grubszymi drenami. Potem zdaniem B. należy dla połączenia odcinków jelita wszytych w ranie brzusznej zrobić enteronastomozę przy pomocy szwu. Następnie demonstruje B. preparaty z niedrożności wrodzonej swych dwóch przypadków i innych ze zbiorów krakowskiego zakładu anatomii patologicznej.

11) Ciechanowski (Kraków): Pneumatosis cystoides intestinorum (z demonstracyami). Zmianę tę stwierdzono już za życia u kobiety młodej, u której z powodu wrzodu żołądka zrobiono gastroenterostomię, a C. stwierdził zmianę tę na zwłokach. Dokładne badanie drobnowidzowe i doświadczenia na zwierzętach, nadto odpowiednie piśmiennictwo tej rzadkiej sprawy i jej pokrewnych chorób rozwijają się przewlekle i mogą, jak się

zdaje, samoistnie znikać. Pozostaje dotychczas nieudowodnionem, żeby zmiany te były następstwem działania bakteryi; z drugiej zaś strony można przypuszczać, że przyczyna tych zmian jest tylko mechaniczna: Na podstawie badań histologicznych sądzi prelegent, że leczenie chirurgiczne tego cierpienia przez wycinanie powstających guzów powietrznych zdaje się nietylko być bezcelowem, ale nawet błędnem.

12) Ciechanowski (Kraków): Demonstracya preparatów z przypadku *lymphosarcomatosis (lymphoma malignum* Billrothi). C. przedstawia preparaty z przypadku *lymphosarcomatosis universalis* u starszego mężczyzny. W tym przypadku uległ szczególnie znacznym zmianom narząd chłonny w całym przewodzie pokarmowym, a cały obraz anatomiczny przemawia zatem, że bujanie tkanki chłonnej jest tu pierwotnie wieloogniskowe.

13) Pruszyński (Warszawa): Powstawanie i przebieg spraw zapalnych dróg żółciowych, oraz wskazania do zabiegów chirurgicznych. (Referat). Schorzenia dróg żółciowych powstają na tle zakażenia; zakażenie to przychodzi do skutku przy sprzyjających warunkach przez drobnoustroje, zawarte w dwunastnicy, jeśli te są w stanie spotęgowanej jadowitości, bądź też prawdopodobnie drogą krwi, za czemby przemawiały doświadczenia różnych autorów, którzy wykazali, że laseczniki duru, wąglika, pneumokok, gronkowiec złocisty, mogą przechodzić do żółci, nawet nie wywołując żadnych zaburzeń w drogach żółciowych. Prelegent omawia następnie zachowanie się żółci wobec drobnoustrojów, następnie ogólne formy schorzeń dróg żółciowych, ich objawy, co się daje ująć w następujących pięciu punktach:

1) Przy stanach zapalnych przewodów żółciowych niezmiernie ważną odgrywa rolę zakażenie z przewodu pokarmowego. 2. W powstawaniu kamicy przyjąć należy obok zakażenia, jako najwybitniejszy czynnik przyczynowy skazę, oraz warunki, przy których drogi żółciowe, a zwlaszcza pęcherzyk, ulega wydłużeniu i wygięciu, co powoduje utrudniony odpływ żółci. 3. W większości przypadków kamica żółciowa przebiega skrycie, nic wywołując żadnych zgoła objawów. 4. W wielu przypadkach (prawie 10%) nawet ciężkich zaburzeń kamienie wyjść mogą drogą naturalną, nawet wtedy, gdy czasowo uwięzną w przewodzie żółciowym wspólnym. 5) Z drugiej strony kamica może wywołać bardzo groźne następstwa, nawet wtedy, gdy kamienie znajdują się tylko w pęcherzyku żółciowym. O tem, według prelegenta, musi lekarz pamiętać, gdyż rozstrzygnięcie leczenia, czy ma być wewnętrzne, czy chirurgiczne, należy do bardzo trudnych rzeczy. Zasada leczenia wewnętrznego polega nie tyle na usunięciu kamieni, jak na pozostawieniu chorego w bezwzględnym spokoju i wprowadzaniu soli w postaci wody karlsbadzkiej, lub Vichy. Dla chirurga pozostaje najwyżej 25% przypadków, jeżeli się zważy, że 50% chorób dróg żółciowych przebiega skrycie, a w dalszych 25% niema wska-

zań do zabiegu operacyjnego. Wskazania do operacyi według prelegenta są następujące: 1) Bezwarunkowo należy operować w przypadkach zapalenia otrzewnej, powstałego w następstwie chorób dróg żółciowych, czy ono wystąpiło bez obrażenia ścian pęcherzyka, względnie przewodów żółciowych, czy też po ich przedziurawieniu do jamy otrzewnej. 2) W przypadkach zakażenia dróg żółciowych, żółtaczki i gorączki przepuszczającej z obfitymi potami, bez względu na siedlisko kamienia. Mowa jest tutaj o t. zw. *fiévre hepatique*, która kolce nie towarzyszy. Jeśli gorączka przepuszczająca przyjmie cechy stałej, a w moczu wystąpi urobilina w większej ilości, to operacya jest *ultimum refugium*, gdyż wtedy mamy do czynienia z ciężkiem obrażeniem komórek wątrobowych, w których prawidłowy barwnik wytwarzać się nie może. 3) W przypadkach stałej niedrożności przewodu żółciowego wspólnego, nawet wtedy, gdy niema objawów zakażenia dróg żółciowych, ze względu na upośledzenie odżywienia i na możliwość zakażenia, jakoteż bardziej poważnych zaburzeń czynności wątroby. 4) W razie zrostów wywołujących stałe bóle, lub niedrożność ze strony narządów otaczających: żołądka, dwunastnicy i poprzecznicy. 5) Nie trzeba długo czekać z operacyą w przypadku otoku surowiczego, lub ropnego, nawet wtedy, gdy sprawa chorobowa ma na razie przebieg łagodny; nigdy bowiem nie możemy przewidzieć następstw otorbienia cieczy zapalnej, jakoteż możliwości przedziurawienia, lub nagłego wybuchu sprawy posoczniczej. Liczyć się tutaj trzebą z tem, że w przewlekłem zapaleniu pęcherzyka może dojść do rozległych i silnych zrostów. Lepiej też operować przy pęcherzyku wolnym, lub względnie wolnym, niż przy skurczonym i zaklinowanym. Oddzielenie takiego pęcherzyka, względnie ektomia, bez poważnego uszkodzenia wątroby lub kiszki odbyć się nie może, a z jednej strony choremu grozi krwotok, z drugiej łatwość zakażenia rany operacyjnej. 6) W przypadkach raka. 7) Jeśli napady kolki często się powtarzają, a leczenie wewnętrzne pozostaje bez skutku, to należy operować nietylko już że względu na dolegliwości chorego, ale i na silne natężenie sprawy zapalnej i brak skłonności do złagodzenia; zazwyczaj ma się tutaj do czynienia z ciężkiem zakażeniem miejscowem. Czekać można z operacyą według prelegenta: 1) przy napadach powtarzających się w długich odstępach czasu, choćby wystąpiła żółtaczka zapalna i gorączka przemijająca, krótkotrwała; 2) przy ostrem zakażeniu przewodu żółciowego, które może być czasowe, już to z powodu przejścia kamienia, albo też rozszenia przewodu, w którego uchyłku tkwić może kamień bez wywołania jakichkolwiek zaburzeń. Prelegent sądzi, że w miarę udoskonalenia techniki chirurgicznej zmieni się też obecne leczenie, które jest tylko zapobiegawcze i objawowe. „Wtedy będzie można operować wcześnie, obecnie powinniśmy dbać o to, aby operować nie zapóźno.“

14) Kader (Kraków): Choroby wątroby i dróg żółciowych. (Referat). Prelegent przechodzi historycznie

operacyę wycięcia wątroby i jej znaczenie. Zupełne usunięcie wątroby, nawet mimo dobrze funkcyonującej sztucznej komunikacyi pomiędzy żyłą bramną, a żyłą główną dolną, powoduje śmierć. Co do jej działania fizyologicznego trzeba pamiętać, że stoi ona w bezpośrednim stosunku do wydzielniczej działalności nerek i uzupełnia je, a co za tem idzie, operacya na wątrobie przy nerkach chorych lub odwrotnie nie jest rzeczą pozbawioną niebezpieczeństwa. Ze stanowiska wskazań dzieli K. chirurgiczne choroby wątroby na takie, w których wskazanem jest: 1) nacięcie (ropień, znaczna część przypadków bąblowca); 2) wycięcie kawałków wątroby przez całą jej grubość (nowotwory, wątroba szaurówkowa, zrosty); 3) wycięcie części chorej (*enucleatio*) z miąższu wątroby (nowotwory, wycięcie woreczka żółciowego); 4) zabiegi na drogach żółciowych; 5) zabiegi na innych narządach z powodu choroby wątroby (operacya Talmy, gastroenterostomia, cystoenteroanastomoza, operacya z powodu niedrożności jelit i zapalenia otrzewnej, gdzie punktem wyjścia jest wątroba lub drogi żółciowe). Niebezpieczeństwo przy operacyach, wskazanych pod 2 i 3, polega na krwotoku miąższowym, dla usunięcia którego istnieje kilka sposobów. Drugiem niebezpieczeństwem jest występowanie zmian podobnych jak w zaniku żółtym; wtenczas pojawiają się w moczu substancye redukujące, nadto cukier, tyrozyna i leucyna. Najczęstszą z chorób dróg żółciowych jest kamica, która często przebiega bez żółtaczki i bez powiększenia wątroby. Wyleczenie następuje często samo przez się. Niebezpieczeństwo kamicy polega *a*) na wytwarzaniu spraw zapalno-zakaźnych drog żółciowych i wątroby z następowem zakażeniem ogólnem; *b*) na zakażeniu otrzewnej; *c*) wytworzeniu się raka woreczka i dróg żółciowych; *d*) wytworzeniu się wrzodu żołądka i dwunastnicy; *e*) zamknięciu odpływu żółci z następstwami; *f*) na krwotokach z powodu nadżarcia naczyń krwionośnych; *g*) na zamknięciu światła żołądka i jelit przez kamienie i zrosty. Ostrych wskazań do operacyi stawiać nie można; trzeba działać stosownie do przypadku, w każdym razie z korzyścią dla chorego jest współdziałanie internisty z chirurgiem. Według prelegenta należy operować: 1) po pierwszym napadzie, jeśli wystąpiły objawy zakażenia, albo długotrwałych silnych bólów i żółcicy (cholaemia); 2) przy żółtaczce trwającej dłużej niż 3 miesiące, nawet w braku ostrych podrażnień; 3) przy często powtarzających się silniejszych kolkach bez żółtaczki, bez obrzęku lub ropienia w woreczku żółciowym; 4) przy objawach często powtarzającego się zamknięcia przewodu wątrobowego wspólnego; 5) przy małym, ale twardo dającym się wyczuwać woreczku, ze względu na niebezpieczeństwo wytworzenia się raka. Można nie operować w przypadkach o lekkim przebiegu, nawet mimo częstego powtarzania się napadów. Chorzy zaś z powiększonym z jakiegokolwiek powodu woreczkiem powinni być oddani chirurgowi do zaopiniowania. W dalszym ciągu podaje prelegent statystyki: Kehra i Finka, nadto statystyki występowania raka w przypadkach kamicy (Kader na 16 przypadków

trzy). Co do sposobu operacyjnego jest K. za wycięciem woreczka (*cystectomia)*, w przypadkach zaś choledocho- lub hepatikotomii radzi nie zeszywać otworów w przewodach żółciowych. Zawsze jednak należy się przekonać zapomocą zgłębnika od wewnątrz, a palcem od zewnątrz, czy w przewodzie żółciowym lub w jego rozgałęzieniach niema kamieni, a także o drożności przewodów aż do dwunastniczy. Ze względu na statystyki Kehra, Körtego, Riedela radzi K. w przypadkach wątpliwych operować i to w ostrych z powodu niebezpieczeństwa zakażenia, w przewlekłych dla uniknięcia powstania raka. Na swoich 16 przypadków stracił Kader trzy: jeden z powodu ostrego żółtego zaniku wątroby, dwa z powodu zapalenia płuc

Dyskusya: Ziembicki (Lwów): Z przyjemnością może stwierdzić zwrot u internistów, którzy w tych przypadkach częściej już wołają chirurga. Gorączka, świadcząca o stanie zakaźnym w drogach żółciowych, daje mowcy miarę operowania. Przypadki te są bardzo trudne; Z. miał jeden, gdzie mimo gorączki 40° chora nie dała się operować i wyszła. Jeśliby rzeczywiście kamica żółciowa sprowadzała raka, to te przypadki stanowczo należałoby operować. Nie radzi szyć przewodu żółciowego, by w ten sposób ułatwić sobie sączkowanie dróg żółciowych; uważa sączkowanie przez przewód za lepszy sposób, niż sączkowanie przez woreczek żółciowy. Pierwszym, który nie radził szyć przewodu był Morison, a nie Kehr.

Wehr (Lwów) zaznacza, że nie powinno być walki między chirurgiem a internistą. Z dwóch jego przypadków jeden operowany wyzdrowiał, drugiego nie pozwolił operować internista i ropa przebiła do jamy otrzewnowej, zarazem tam się kamienie wysypały; chory zginął.

Bogdanik (Biała) staje w obronie internistów; na jednym z poprzednich Zjazdów, kiedy mówił o chorobach dróg żółciowych, właśnie interniści byli za tem, żeby operować jak najwięcej. B. przytacza ogłoszone niedawno dwa przypadki niedrożności jelit spowodowane zamknięciem przez bardzo duże kamienie żółciowe, chociaż ani jeden objaw nie wskazywał kamicy żółciowej.

Pruszyński (Warszawa) zapatruje się bardzo sceptycznie na wyniki po operacyi Talmy, w szczególności na statystykę amerykańską, która podaje 36% poprawy. Miał dwa przypadki, w których operacye tę zastósowano, oba zakończyły się śmiertelnie. Prawda, że powstanie raka po kamicy dawałoby wskazanie do operowania każdego przypadku kamicy, lecz przecież nie operuje się każdego wrzodu żołądka mimo, że może wytworzyć śię rak. P. nie radzi wycinać woreczka żółciowego, chyba że jest zupełnie zwyrodniały. Na kwestyę sporu, czy internista, czy chirurg ma być przy łóżku takiego chorego, P. zapatruje się w ten sposób, że powinien być internista, ale taki, który dużo operacyi dróg żółciowych widział, a nawet tenże powinien chirurgowi dawać wskazania co do samego sposobu operacyjnego. Chirurg powinien się starać przedewszystkiem o ulepszenie metod operacyjnyen. Radzi w 25% przypadków operować; operowałoby się o wiele częściej, gdyby nie obawa przed póżniejszemi przetokami.

Kader (Kraków) żali się na internistów, że zapóżno posyłają i dla tego odsetek śmiertelności tych przypadków jest tak wielki. Powodem tego stanu rzeczy jest to, że wskazania internisty i chirurga z sobą się nie zgadzają. Statystyka wykazuje, że w przeszło 90% przypadków raka woreczka były przedtem kamienie żółciowe, stąd wniosek, że kamica wywołać może raka. Woreczek należy wycinać, bo zazwyczaj jest zmieniony, ma blizny i wszelkie warunki, by się na nim wytworzył rak. Internista i chirurg powinni działać wspólnie, a nie przeszkadzać sobie; powinni się dopełniać, ale zastąpić się nie mogą. Co do siebie, to operowałby po drugim lub trzecim napadzie; tam, gdzie się życie waha, powinno się nawet zdobyć na laparotomię, choćby próbną.

(c. d. n.)



Towarzystwa Lekarskie.

Towarzystwo Lekarskie Radomskie.

Posiedzenie d. 6 Czerwca 1903 r.

Przewodniczący kol. F. Kosicki. Obecnych 28 Członków.

Przed porządkiem dziennym kol. Matylda Kobryner przedstawiła chorą z pląsawicą, powikłaną histeryą:

Frańciszka S. liczy lat 10. Jest dzieckiem zdrowych rodziców. W kwietniu r. b. zapadła na reumatyzm stawowy—poczem pojawiły się ruchy pląsawicze. Przy badaniu znaleziono: chora średniej budowy i odżywiania; skóra o zwykłem zabarwieniu, płuca i narządy trawienia normalne; tępość serca powiększona na lewo; ictus cordis na zewnątrz linii sutkowej w 6-em międzyżebrzu; u wierzchołka szmer skurczowy; tętno—100 na minutę; T°. normalna. System nerwowy: odruchy osłabione, znieczulenia skóry niema; natomiast znajdujemy znieczulenie łącznicy i błony śluzowej gardzieli; konstatujemy t. zw. folie musculaire oraz astazyę—abazyę. Chora nie mówi. Na zasadzie ruchów bezładnych i bezcelowych stawiamy rozpoznanie pląsawicy, z drugiej zaś strony na zasadzie znamion histerycznym, dochodzimy do wniosku, że chora jednocześnie dotknięta jest histeryą, niezależnie od tej pierwszej. Pląsawica rozwinęła się u dziecka dotkniętego reumatyzmem, ten zaś ostatni wywołał niedomykalność zastawki dwudzielnej. (Autoreferat).

W dyskusyi kol. Papiewski, zgadzając się na rozpoznanie współistnienia w danym wypadku pląsawicy i histeryi, zaznacza, że dla niego nie wydaje się dość przekonywającem, aby arszenikowi zawdzięczać należało skutek leczniczy: podawanie As. rozpoczęto po ustąpieniu ruchów pląsawiczych, wobec pozostałej astazyi-abazyi. Że jednak ostatnia, stanowiąc u dzieci objaw bądź histeryczny, bądź po—pląsawiczy, daje rokowanie pomyślne, być więc może, że rychłe wyzdrowienie było od arszeniku niezależne, a wypadek przedstawia obraz wyleczenia samoistnego; pouczającem byłoby podawać As. od początku choroby: okazałoby się wówczas, czy nie byłby on równie bezpłodnym jak preparaty bromowe in casu.

Co zaś do związku bezpośredniego pomiędzy gośćcem a pląsawicą, to większość autorów przyznaje powyższy związek. Leczenie jednak preparatami salicylowymi nie daje w pląsawicy żadnych wyników; ztąd P. biorąc analogię, wypowiada powątpiewanie co do działania surowicy przeciwpaciorkowcowej. W wypadkach Preobrażenski'ego, wspomnianych przez prelegentkę, chodziło zapewne o pląsawicę popłoniczą, postać bynajmniej nie rzadką. (P. podczas jednej z panujących w Radomiu epidemii płonicy, spostrzegał kilka wypadków pląsawicy następczej, powikłanej przez zapalenie wsierdzia lub bez takowego). Ze względu na ujemne wyniki dotychczasowego leczenia surowicą choroby zasadniczej, P. wątpi w skuteczność działania surowicy tej przeciw pląsawicy popłoniczej.

I). Protokuł poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II). Warsz. Tow. Hygieniczne nadesłało w darze dla biblioteki

8 broszur, a kol. Grabowski i Raszkes — odbitki ze swych prac.

III). Odczytano odezwę Warsz. Kasy pożycz.-oszczędnościowej lekarzy w sprawie projektu otwarcia Oddziału Kasy pogrzebowej dla lekarzy. Postanowiono: zakomunikować Zarządowi Knsy uwagi Członków Towarzystwa nad powyższym projektem.

IV). W wykonaniu postanowienia Ogólnego Zebrania z dn. 7 Marca r. b. kol. Pełczyński odczytał opracowany przez niego i rozpatrzony następnie na posiedzeniu Wydziału hygieny ludowej, memoryał „o konieczności uregulowania sprawy szczepienia ospy." (druk. w „Zdrowiu" № X). Postanowiono: Memoryał powyższy zaakceptować, polecając jednocześnie Zarządowi przesłać takowy Władzy za pośrednictwem Wydziału Lekarskiego Rządu Gubern. Radomskiego.

V). Odczytano projekt Komitetu Hygienicznego co do zorganizowania bezpłatnego szczepienia ospy dla biednej ludności i w tym celu urządzenia w Radomiu 4-ch punktów szczepiennych.

Dyskusya: Kol. Papiowski. Kwestya szczepienia ospy tak się dziś w Radomiu przedstawia: corocznie w kwietniu dzieli się miasto, zgodnie z podziałem policyjnym, na 6 rewirów, do każdego z nich deleguje się felczera, mieszkającego w danym rewirze i ten, w ciągu Maja i Czerwca, obchodzi wszystkie domy swojej dzielnicy i wyszukanym przy pomocy starszego dozorcy policyjnego dzieciom w wieku odpowiednim szczepi ospę bezpłatnie. Po sprawdzeniu wyniku szczepienia po dniach kilku i ułożeniu listy zaszczepionych dzieci, lekarz miejski sprawdza raz jeszcze (na wyrywki) szczepienia, poczem spisy zaszczepionych odsyła do urzędu lekarskiego. Koszta materyału szczepiennego oraz płynów odkażających ponosi Zarząd miasta; felczerzy nie pobierają za swe czynności od szczepionych żadnego wynagrodzenia (w latach 1899 i 1900 z sum sanitarnych otrzymali pewne premium). Liczba coroczna szczepień, dokonywanych przez felczerów przy pomocy policyi wynosi 900—1000; oznaczając liczbę zaszczepionych przez lekarzy dzieci zamożniejszych rodziców na 200 rocznie i przyjmując przeciętną liczbę urodzeń w Radomiu 700 rocznie, wypada około 400—500 na rewakcynacyę. Fakt, że pomimo to zdarzają się w mieście dzieci nieszczepione, wynika ztąd, że nie wszyscy rodzice chcą poddać dzieci swe szczepieniu.

P. wątpi, czy rodzice ci będą szli do punktów szczepiennych, gdy dziś nieradzi poddają się szczepieniu w domu własnym, przy wszelkich udogodnieniach i bezpłatności również. Jedynie przymus prawny może zasadniczo rozwiązać tę sprawę. Co się tycze czystości dokonywania szczepień, to takowa bardziej przez lekarzy jest gwarantowaną, lecz bezstronność zmusza P do stwierdzenia, że zakażenia przy szczepieniu są dziś w Radomiu tak rzadkiem zjawiskiem, że obawa o nie może nie być brana w rachubę. Wobec powyższego P. uważa za pewniejsze pozostawić dotychczasowy porządek szczepienia nienaruszonym, tembardziej, że urządzenie punktów szczepiennych w szpitalach wogóle, a w radomskich w szczególności—wydaje mu się bardzo nieodpowiedniem ze względu na możność—wobec braku przysposobień ambulansowych—przenoszenia do domów różnych chorób zakaźnych. Wreszcie ordynatorom szpitalnym na systematyczne szczepienie ospy — zabraknie czasu. Dodanie więc 4-ch punktów szczepiennych lekarskich przy pozostawieniu istniejącego dziś szczepienia policyjnego, zbyt mało wpłynie na zmianę istniejącego stanu rzeczy, przecież jest pożądane, z zachowaniem warunku, że tymi punktami nie będą szpitale, lecz inne, nie mające nic z chorymi wspólnego, pomieszczenia np. lokale szkół miejskich; zresztą Towarzystwo powinno samo pomyśleć o takich specyalnych pomieszczeniach.

Kol. Fidler sądzi, że urządzenie 4-ch nowych punktów szczepiennych w żaden sposób nie może zaszkodzić sprawie szczepienia; przeciwnie, liczba szczepień w tym wypadku powinna się powiększyć, tem więcej, że łatwość otrzymania pomocy lekarskiej w szczepieniu ospy i możność korzystania z takowej dobrowolnie

wpłynąć by mogło zachęcająco na ludność. Kwestyonowanie więc pożytku z nowego zarządzenia jest, conajmniej, przedwczesnem. Co do obawy, jaką żywi kol. P., że szpitale, po urządzeniu u nich punktów szczepiennych, staną się rozsadnikami chorób zakaźnych, to w każdym razie P. dotyka spraw do tej pory nierozstrzygniętych. Wszak i obecnie w ambulatoryach naszych spotykają się chorzy wszelkiego rodzaju, należało by przyjść do wniosku, że wogóle ambulatorya te są ogniskiem chorób zakaźnych. Kol. F. nie zna ani jednego wypadku, w którym z całą stanowczością można było stwierdzić, iż, np. dziecko nabyło choroby zakaźnej w ambulatoryum. Obok tego nie wiemy, jakiemi drogami zarazek się przenosi, jak długo winien zdrowy obcować z chorym, by przejął od niego zarazek, jaki winien zachodzić stosunek między chorym a zdrowym, czy 2-godzinny pobyt w jednym pokoju wystarcza, by obdarować zdrowego niepożądanym nabytkiem. Są to jeszcze sprawy nierozstrzygnięte, przeto na apodyktyczne zdanie kol. P. zgodzić się F. nie może. Ważne jednak względy przemawiają za tem, by obrać szpitale za punkty szczepienne: 1) możliwość wyjaławiania narzędzi, 2) obecność lekarzy w godzinach ambulatoryjnych. Koledzy, którzy wzięli na siebie obowiązek szczepienia, pragną dokonywać tego drobnego zabiegu, czysto, aseptycznie, nie po felczersku i wtedy kiedy są w szpitalu obecni. Jedno i drugie znakomicie by nam ułatwiało pracę, a to w dodatku odpowiadało by przyzwyczajeniu ludności, która w rannych godzinach zgłasza się po porady do szpitala. Komitet Hygieniczny bardzo chętnie urządził by punkty szczepienne w innych miejscach, lecz niech projektodawcy przeznaczą lub ofiarują na to odpowiedni fundusz, którego Towarzystwo Lekarskie nie posiada, niech zaopatrzą miejsca te w aparaty sterelizacyjne i niech się postarają, by lekarze tam zajęci, pobierali pewne wynagrodzenie ze swą pracę. Podczas zajęć w szpitalach mogą koledzy część czasu poświęcić szczepieniu ospy, lecz pozatem czas mają zajęty pracą dla siebie i nikt nie może wymagać, by czas swój na ten cel poświęcali darmo. Wreszcie kol. P. nie ma prawa podawać w wątpliwość dobrej woli ordynatorów szpitalnych, skoro ci ofiarowali swą pracę.

Kol. Papiewski w odpowiedzi zaznacza: 1) projektowane punkty szczepienne bardzo mało wpłyną na poprawę dzisiejszego stanu rzeczy, gdyż dogodniej mieć szczepienie dostarczone, niż je poszukiwać. T. zw. przymus policyjny sfer ludności, o który chodzi, nie przestrasza, sprawie zaś pomaga, zresztą obowiązkowe szczepienie ospy nic innem jest, jak przymusowem. Stosowanie się do wolnego czasu matek jest niewykonalnem, godziny zaś przedpołudniowe są czasem największych zajęć w gospodarstwie domowem. 2) Chyba nikt przeczyć nie będzie, że zarazek odry, płonicy, ospy etc. przenosi się od osobnika chorego na zdrowego bądź przez dotykanie, bądź, jak niektórych, drogą powietrzną. Łatwość zarażenia w większym stopniu jest zależną od żywotności zarazków, jak od długości czasu ich działania, bo dość przykładów wskazuje kazuistyka, że chwilowe zetknięcie się zdrowych z chorymi, wystarczało, by się zarażali ci pierwsi. Uznanie tego faktu wyklucza niewinność wrzekomą gromadzenia chorych pospołu ze zdrowymi; obserwacya zresztą chorych ambulansowych jest u nas zbyt dorywcza i o dalszych losach chorego rzadko wiemy coś pewnego. 3) Nie podawał w wątpliwość dobrej woli ordynatorów szpitalnych, lecz wątpi w możliwość wykonywania przez nich projektowanych czynności w godzinach proponowanych.

Kol. Pełczyński. Komitet hygieniczny doskonale rozumiał, że było by pożądanem urządzenie punktów szczepiennych w innych pomieszczeniach, nie w szpitalach, lecz 1-o Towarzystwo nasze nie rozporządza funduszami na wynajęcie odpowiednich lokalów, 2-o nikt Towarzystwu nie złożył oferty użyczenia bezpłatnie pomieszczenia stosownego na ten cel, przeto Komitet, mając ku temu ważne powody, zaproponował urządzenie tych punktów w szpitalach, nie mniej jednak nie miał zamiaru ani nawet myśli, aby szczepienie dokonywane było w pokoju ambulatoryjnym, przeciwnie, na posiedzeniu Komitetu wyraźnie było zastrzeżone, aby szczepienie to odbywało się w osobnem, nie mającem żadnej styczności z chorymi pomieszczeniu. Wobec tego wystąpienie kol. P. należy uważać raczej za obstrukcyę, czynioną w celu uniemożliwienia wprowadzenia w czyn bezpłatnego szczepienia ospy. Kol. Pełczyński czyni w końcu uwagę, że Łódzki Oddział Tow. Hyg. z 6 punktów do bezpłatnego szczepienia ospy, w tak bogatem mieście, jak Łódź, aż 4 urządził w ambulatoryach szpitalnych: nie będziemy więc w tym razie odosobnieni, ani okażemy się więcej zacofanymi od innych.

Kol. Szczepaniak: oseski o wiele rzadziej zapadają na choroby zakaźne,

aniżeli dzieci starsze, tak że obawy kol. Papiewskiego w tym względzie nie oparte są na praktycznej podstawie, wskutek czego zdanie jego, co do szczepionych pierwszy raz, nie można uważać za dowiedzione.

Prezydujący podaje na głosowanie projekt Komitetu hygienicznego urządzenia 4-ch bezpłatnych punktów szczepiennych dla biednej ludności miasta: Większością głosów (przeciw 2) postanowiono urządzić 4 takie punkty szczepienne, mianowicie; 1) w szpitalu S-go Kazimierza, 2) w szpitalu starozakonnych, 3) w ambulatoryum przy ul. Skaryszewskiej i 4-o w mieszkaniu kol. Żerańskiego, (zgodnie z wyrażonem przez niego życzeniem) oraz polecono Zarządowi wystąpić ze staraniami, w celu otrzymania zezwolenia na otwarcie powyższych punktów.

VI). Kol. Raszkes odczytał rzecz p. t. „Przyczynek do kazuistyki pierwotnych nowotworów pochwy.“ (druk. w „Medycynie“).

VII). Dr. fil. Ryl przedstawił „uproszczone sposoby badania wody do picia.“

Na tem posiedzenie ukończono.

Za Prezesa, Wice-Prezes F. Kosicki. Sekretarz W. Cennére.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie, w d. 3 Czerwca 1903 r.

Przyjęto do wiadomości odezwę kółka lekarzy warszawskich w kwestyi zwiedzenia szpitali warszawskich.

Posiedzenie w d. 17 Czerwca 1903 r.

1) Kol. Grosglik demonstruje chorego z obrzmieniem obustronnem gruczołów podszczękowych; prócz tego wyczuwalne są gruczoły nad obojczykami i na goleniach. Dolores osteocopi w nocy. Przed kilku laty było obrzmienie gruczołów i alopecia. Według kol. G. rozpoznanie waha się między przymiotem a gruczolakiem.

2) Kol. Rundo porusza kwestyę nowego lokalu.

3) Kol. Rundo powiada, że Zarząd celem ożywienia posiedzeń Tow. Lek.: a) zwraca się z prośbą, aby każdy Członek Tow. miał przynajmniej jeden odczyt rocznie; b) proponuje wybór 2 koreferentów do każdego odczytu, a to w celu pogłębienia dyskusyi.

W dyskusyi koledzy Jasiński i Saks wykazują ich niepraktyczność, gdyż odczyty przed ich wypowiedzeniem musiałyby się znajdować w rękach koreferentów, którzy byliby występowali w charakterze krytyków; fakt ten może odstręczyć prelegentów. Kol. M. Cohn niedostateczną ilość odczytów objaśnia zbytnią skromnością kolegów, chcących komunikować Towarzystwu wyłącznie nowe fakty. Kol. Saks proponuje, aby Zarząd co pół roku zapraszał pewną ilość kolegów do wygłaszania odczytów na oznaczony lub dowolnie obrany temat. Kol. S. przyrzekł opracować odpowiedni wniosek i podać Zarządowi do rozpatrzenia. Kol.

Pinkus proponuje rozesłanie listów do Członków Tow. z prośbą o wskazanie środków ożywienia posiedzeń.

Uchwalono załatwić kwestyę, w mowie będącą na posiedzeniu powakacyjnem.

Posiedzenie w d. 2 Września, 1903 r.

1) Kol. Krusche demonstruje dziecko, u którego przed 3 laty usunął naevus pigmentosus pilosus lewej dolnej powieki. Obecnie w bliźnie powstałej wskutek przeszczepienia płata skóry nastąpiła regeneracya naevi w postaci zabarwionych plam, lekko wzniesionych nad poziom skóry.

W dyskusyi przyjęli udział koledzy Sonenberg i Rundo.

2) Kol. Grosglik przedstawił przypadek epidermolysis bullosae.

3) Kol. Goldman demonstruje chorego, u którego wykonał operacyę Choparta z powodu zgorzeli kośca pochodzenia urazowego; uraz był wywołany w celu przestępnym.

Kol. Sterling odczytał rzecz p. t. O promienicy płuc. (Drukow. w Cz. L. № 9).

Dyskusya: kol. Serkowski: Wykrycie w plwocinie grzybków promienicy napotyka na niemałe trudności wskutek tego, że przedewszystkiem istnieją różne postaci grzybka; głównie się zdarzają 2 formy: jedna promienista, pasorzytująca przeważnie w warunkach beztlenowych, druga—opisana poraz pierwszy przez Boströma — znajdująca się w płucach przy actinomycosis pulmonum, resp. w plwocinie. Ale i te formy nie są stałe: często wśród nitek promienicy w plwocinie można znaleść mniej lub więcej laseczkowatych, zgrubiałych na jednym biegunie postaci. O ile pierwsze—niteczkowate postaci bakterioskopowo, jedynie na mocy preparatów, bez kultur, trudno odróżnić od przedstawicieli grupy streptotricheae, (jak naprz. streptothrix candida, i str. asterioides lub cladothrix dichohotoma—tak b. rozpowszechnionym gatunkiem), o tyle znów drugie laseczkowate, biegunowo zgrubiałe postaci, bardzo są zbliżone do laseczników naprz. błonicy, nieraz o formie buławy. Silberschmidt cytuje wiele takich przypadków, w których za promienicę przyjął corynebacterium diphteriae lub pseudodiphteriae. Z tego powodu należałoby przy przesyłaniu plwociny do badania żądać, aby badający nie poprzestał na preparatach, lecz wyhodował podejrzane drobnoustroje. Tylko taka dyagnoza, z pomocą kultur, może być miarodajną. Co do dróg rozpowszechniania się tej zarazy, prócz słomy, zboża i t. d., należy mieć na uwadze też i jajka, wiadomo bowiem (Wyss), że w jajkach znajdowano już actinomyces bovis (jajkach, które leżały 8 miesięcy w słomie). Z drugiej strony, jajka mogą służyć, jako doskonałe podłoża do hodowania grzybków promienicy, które wyrastają w nich albo w postaci brodawek na wewnętrznej powierzchni skorupy, albo w postaci siatki na granicy między żółtkiem a białkiem.

Posiedzenie w d. 16 Września, 1893 r.

1) Przeczytano odezwę Związku przyjaciół Zakopanego w sprawie przyjęcia udziału przez wysłanie delegata na uroczystość odsłonięcia pomnika prof. Tytusa Chałubińskiego. Postanowiono wyrazić żal, że zaproszenie za późno doszło rąk Zarządu.

2) Z tych samych powodów bez dyskusyi przyjęto do wiadomości odezwę Warszawskiej kasy pożyczkowo-oszczędnościowej w

sprawie utworzenia kasy pogrzebowej dla Członków kasy pożyczkowo-oszczędnościowej.

3) Przeczytano odezwę grona lekarzy warszawskich w sprawie zbadania stanu szpitalnictwa prowincyonalnego celem wprowadzenia niezbędnych reform.

4) Przeczytano odezwę i kwestyonaryusz komisyi emerytalnej przy Tow. Lek. Radomskiem w sprawie utworzenia kasy emerytalnej dla lekarzy Królestwa Polskiego. Komisya prosi o wyrażenie swego zdania: a) czy projekt stworzenia kasy emerytalnej uważa za będący na czasie, b) czy możebna jest inna forma trwałego zabezpieczenia bytu lekarzy zniędołężniałych i ich rodzin, c) czy Tow. L. Ł. zechce podjąć się wspólnej pracy zarówno w gromadzeniu materyału, jak i opracowaniu projektu, d) czy Tow. L. Ł. zechce ponieść część wydatków, jakie na nie przypadną przy opracowaniu projektu. Ad a) nastąpiła przychylna odpowiedź. Ad b) kol. Sterling sądzi, że masowe ubezpieczenie lekarzy na wypłacanie renty w jednem z Towarzystw Ubezpieczeniowych byłoby też rozwiązaniem kwestyi. Sądzi jednak, że projekt kol. Fidlera zasługuje na poważne i wszechstronne rozważenie, a jego akcya na poparcie. Ad c) postanowiono zwrócić się do kol. Fidlera z zapytaniem, czy Tow. Lek. Częstochowskie otrzymało podobną odezwę, a to w celu uniknięcia podwójnych kosztów i pracy w zbieraniu danych tyczących się gub. Piotrkowskiej.

5) Przyjęto wniosek kol. Saksa jako tymczasowy środek ożywienia posiedzeń Tow. Lek. polegający na zapraszaniu przez Zarząd 5 członków Tow. do wygłaszania odczytów.

Kol. Sterling przyczynę jałowości posiedzeń Tow. Lek. upatruje w jałowości życia naukowego miejscowych szpitali; tylko przez podniesienie poziomu pracy naukowej na oddziałach szpitalnych (gdzie najgorzej ta praca stoi na oddziałach wewnętrznych) można będzie podnieść wartość naukową naszych posiedzeń; życie Towarzystwa jest odźwierciadleniem życia naukowego w danem mieście panującego. Kol. S. proponuje, by Tow. lek. postarało się o wprowadzenie w szpitalach łódzkich następujących reform: 1) Ustanowienie płatnych asystentów oddziałowych. 2) Urządzenie pracowni rozbiorowej szpitali łódzkich. 3) Utrzymywanie wspólnego prosektora (t. j. dokonywanie sekcyi we wszystkich szpitalach).

Stosownie do żądania regulaminu kol. S. ma swój wniosek przedstawić na piśmie Zarządowi, poczem dopiero może on być rozstrzygany na zebraniu.



Krytyka i bibliografia.

Dr. med. Alfred Sokołowski. **Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych Tom II. Choroby płuc.** Wydawnictwo „Gazety lekarskiej.“ Warszawa. 1903. Stronic 507 VII. Cena Rb. 3 kop. 50.

Spełniając przyrzeczenie, wypowiedziane w przedmowie do tomu pierwszego, Sokołowski wydaje oto już w rok po tym drugą część swej pięknej pracy, streszczającej dorobek naukowy wieloletniej jego działalności klinicznej.

Pierwsza myśl, jaka mi się nasunęła po ukończeniu czytania tego tomu, było stwierdzenie, że w drugim tomie wykład jest o wiele więcej potoczysty, płynniejszy, aniżeli w tomie pierwszym; czy wprawa nabyta to uczyniła, czy coraz większe umiłowanie swego zadania, czy sam temat bliższy sercu autora—niewiem; faktem jest jednak, że tom drugi czyta się bardzo łatwo dzięki wielkiej przejrzystości wykładu i doskonałej kompozycyi każdego opisu. W tym ostatnim względzie znakomicie się dzieło Sokolowskiego wyróżnia dla umiejętności z jaką jego „wykłady kliniczne“ są napisane; nie waham się postawić je wyżej od wszystkich podręczników cierpień płucnych, jakie w ostatnich czasach zostały wydane.

Tom drugi zawiera wykład chorób tkanki płucnej z wyjątkiem gruźlicy płuc, która—wraz z cierpieniami opłucnej—będzie stanowić treść tomu trzeciego.

W piewszych trzech rozdziałach tego tomu zajmuje się autor nie jednostkami chorobowemi, lecz kilku kardynalnymi objawami patologicznymi, mianowicie: przekrwieniem i obrzękiem płuc, zakrzepem i zatorem tętnicy plucnej, zawałem krwotocznym płuc, krwiopluciem i krwotokiem płucnym

W rozdziale czwartym mówi o rozedmie płuc; w powstaniu tego cierpienia nie przypisuje zbyt wielkiej roli dotychczas uznawanym czynnikom mechanicznym, wysuwa natomiast na plan pierwszy wrodzone usposobienie; tylko bowiem ta przyczyna wyjaśnia; dla czego widujemy rozedmę i u młodych osobników, nawet u dzieci; ciekawe—dla niejednego czytelnika niespodziewane — dane zawiera w tym względzie statystyka autora, przekonywująca, jak częstem to cierpienie bywa w wieku młodym.

Za ważny ustęp tego rozdziału uważam rozważanie autora o stosunku astmy do rozedmy, a szczególniej uwagę o tych objawach rzekomo-astmatycznych, które są właściwie skutkiem niedomogi sercowej, jaka się z biegiem czasu rozwija w skutek rozedmy.

Badania osobiste autora w sprawie położenia przepony brzusznej u emfizematyków, badania za pomocą prześwietlania promie-

niami Röntgena dokonane, doprowadziły go do wniosku, że kliniczne badanie fizykalne zupełnie ściśle określa obniżenie tego organu przy rozedmie, że natomiast ruchy przepony nie są wtedy tak ograniczone, a fizyologiczne jej wypukłości tak spłaszczone, jak o tem dotąd sądzono. Taż sama metoda badania daje autorowi możność określenia przyczyny tętnienia okolicy nadbrzusznej, objawu tak częstego u emfizematyków.

W leczeniu rozedmy chwali autor klosze pneumatyczne, odradza zalecania aparatów pneumatycznych, w rodzaju Waldenburga, odradza też stosowania aparatów mechanicznych, w rodzaju Zanderowskich.

W tym samym rozdziale poświęca autor parę stronic opisowi objawów i istoty niedodmy płuc.

Rozdziały piąty aż do dziewiątego, stronic sto trzydzieści, poświęca autor wykładowi zapalenia płuc włóknikowego. Jest to znakomicie opracowana monografia tego tak częstego cierpienia, zawierająca obok rzeczy dobrze ogółowi lekarzy znanych, jak etyologia, anatomia patologiczna, przebieg kliniczny—wykład o odrębnościach klinicznych i odmianach w przebiegu, zależnych od umiejscowienia sprawy, od właściwości organizmu, od współistniejących chorób, od powikłań.

Poglądy Sokołowskiego na leczenie zapalenia płuc znają czytelnicy „Czasopisma" z artykułu, jaki w roku ubiegłym autor w naszem piśmie łaskawie umieścił. *)

Z trudnego zadania opisu ostrego zrazikowego zapalenia płuc wywiązał się też autor z zupełnem zadowoleniem czytelnika, który nieraz pewnie gubił się w tym chaosie klasyfikacyi, teoryi etyologicznych i objawów klinicznych, jakie przedstawiają zapalenia płuc niekrupowe.

Postaci zapalenia płuc wyodrębnionej przez Finklera pod nazwą komorowego zapalenia płuc odmawia autor prawa do samoistności, uważając ją za odmianę—przynajmniej z punktu widzenia klinicznego—zapaleń płuc bądź włóknikowych, bądź ostrych ogniskowych; samoistności też odmawia zapaleniom płuc: zachłystowemu i opadowemu.

Następne rozdziały są poświęcone opisowi ropnia płuc, zgorzeli płuc; w obu rozdziałach rozważa autor leczenie chirurgiczne tych spraw, za mało dotąd przez ogół praktyków uwzględniane.

Przedmiot rozdziału szesnastego stanowi przewlekłe włókniste zapalenie płuc i ich marskość; jest to postać chorobowa, którą też mało się w praktyce uwzględnia, jakkolwiek wcale nierzadka. Jasno opisana patologia i klinika tej sprawy przyczyni się niewątpliwie do tego, że ogół kolegów częściej o niej będzie pamiętać. Pozwoliłbym sobie tylko na uwagę, że w ustępie o rozpo-

---

*) Str. 483—492 i 536 do 544.

znaniu różniczkowem niesłusznie pominął autor promienicę płuc, która w wielu szczegółach ma podobieństwo do stwardnienia płuc; szczególnie zaś to się może uwydatnić w przypadkach, co do których nie mamy dokładnych danych anamnestycznych o przebytych cierpieniach dróg oddechowych.

Obszernie i wszechstronnie wyłożone są pylice płuc, traktowane—bardzo słusznie - nie jako jednostka chorobowa, tylko jako jednostka etyologiczna. Dział o pylicach węglowych oparty jest na materyale dostarczonym autorowi przez kol. Czajkowskiego z Sosnowca.

W następnych rozdziałach znajdujemy klinikę nowotworów płucnych (raków i mięsaków), syfilisu płuc, który uważa Sokołowski jako sprawę rzadką, a wiele spostrzeżeń drukiem o tej chorobie ogłoszonych—za niewłaściwie rozpoznane; dalej mamy wyczerpujący wykład o promienicy płuc i opłucnej (tu pominięty jest w spisie polskich autorów, którzy o tej sprawie pisali, kol. A. Rząd), wykłady o karbunkule i dżumie płuc.

Ostatni rozdział jest poświęcony schorzeniom tkanki płucnej, powstającym pod wpływem pasorzytów roślinnych i zwierzęcych (pneumomycoses, bąblowiec płuc); kończy ten tom opis przebiegu chorób powstających w płucach pod wpływem urazu.

Język pracy Sokołowskiego jest bez usterek; zaledwie na parę wyrażeń niechętnie bym się zgodził, np. na zwrot: „co i stanowi“ lub wyraz: „krwioupust;“ zdaje mi się też, że wyraz: pasożyt właściwiej jest pisać przez: rz, nie przez: ż.

Dzieło Sokołowskiego stanowi ozdobę piśmiennictwa lekarskiego polskiego; mogłoby z niego być dumne każde społeczeństwo, nawet posiadające obfitą literaturę naukową. U nas, gdzie książka oryginalna jest rzadkością, praca tej wartości i tych rozmiarów stanowi wybitne zdarzenie, które uczcić należy złożeniem podziękowania za ten nakład pracy, jaką w ofierze dla kolegów i nauki polskiej poniósł Sokołowski, pisząc swój piękny podręcznik.

Seweryn Sterling.

Dr. Wacław Męczkowski. **O udawaniu (symulacyi) objawów nerwowych, oraz kilka uwag o badaniu i świadectwach lekarskich w przypadkach cierpień urazowych.** Warszawa. 1903. Stronic 178 + VII. Cena Rb. jeden.

W artykule „Nowe zadania“ w pierwszym zeszycie naszego pisma wskazywaliśmy, jak dalece nieprzygotowanym jest lekarz do wykonywania różnych obowiązków nowych, które mu narzuca współczesny rozwój społeczny. Między innemi zagadnieniami wskazywaliśmy i na tę lekkomyślność z jaką wypowiadamy orzeczenia o skutkach przypadków urazowych, „nie zdając sobie sprawy, jak dalece sięga obecnie nasz wpływ na bieg życia społecznego, jakie poważne skutki pociągają za sobą nasze, czasem *od ręki* pisane „świadectwa.“

Jeśli się znalazł ten i ów, który słuszność naszym zarzutom przyznał i chciał się—choćby tylko teoretycznie, zapoznać z tymi działami wiedzy, które przystosowują wiadomości nasze do

specyalnych wymagań, o jakich tu mowa, natenczas na przeszkodzie mu stanęło zupełne ubóstwo naszej literatury lekarskiej, nieposiadającej ani jednego podręcznika z tego działu.

Jako na pierwszy taki podręcznik wskazać należy na pracę kol. Męczkowskiego. Z niej nauczyć się można zasad ogólnych, na jakich oprzeć się należy, występując w roli biegłego przy ocenianiu następstw nieszczęśliwych wypadków.

O zakresie i celu pracy kolegi Męczkowskiego daje pojęcie przytoczenie treści jego dzieła:

Wstęp zawiera wykład o świadectwach lekarskich, o planie badania, o rokowaniu, i t. p.; zawiera też wzory świadectw lekarskich. Z tych wzorów najwyraźniej się przekona czytelnik: jak wyglądają nasze świadectwa lekarskie w porównaniu z opinią wypowiedzianą przez biegłych, którzy do swej roli dorośli....

Po uwagach ogólnych o udawaniu, mówi autor w kolejnych rozdziałach: o objawach psychicznych, o padaczce, o zawrotach głowy, o objawach wzrokowych, słuchowych, smakowych, węchowych, czuciowych i ruchowych. Wszędzie podaje sposoby badania i zasady wnioskowania na podstawie otrzymanych przy badaniu objawów; wszędzie wskazuje na źródła możliwych omyłek i zakreśla granice, w których nasze środki dyagnostyczne są dosyć ściśle, by pozwolić na stanowcze wnioski.

Wszystkim, którzy w swym zawodzie są zmuszeni do oceniania cierpień urazowych, polecamy przestudyowanie pracy kolegi Męczkowskiego.

N. G.



KRONIKA

65. **Wodociągi w Łomży.** Projekty i plany wodociągów po rozpatrzeniu i zatwierdzeniu ich przez władze tutejsze zostały już przesłane do potwierdzenia przez ministeryum spraw wewnętrznych.

66. **Nowe lecznice w gub. Płockiej.** Płocka rada gubernialna dobroczynności publicznej, na posiedzeniu w dniu 23 maja r. b. postanowiła zawiadomić naczelników powiatu: sierpskiego, płockiego, ciechanowskiego i rypińskiego, iż mieszkania dla czterech otwieranych obecnie nowych lecznic, z lokalami dla personelu lekarskiego wynajmować należy na rok (od 14 lipca 1903 do 14 lipca 1904); komorne wynosić ma w Sierpcu 500 rb., a w osadzie Bodzanowie, wsi Woli-Młockiej i wsi Skrwilnie po 300 rubli. Nadto rada gubernialna proponuje naczelnikom wymienionych powiatów wyszukać przedsiębiorców, którzy podjęliby się na dzień 14-go lipca 1904 r. wykończyć według wygotowanego planu, budowę czterech lecznic—z lokalami dla lekarzy, z warunkiem kontraktownego wydzierżawiania tych budynków na lat 20, za sumę roczną 2400 rb. W razie nie znalezienia przedsiębiorcy na budowę wszystkich lecznic, można umawiać się o budowę każdej lecznicy

z osobna, również z warunkiem dzierżawy 20-letniej, przy opłacie dzierżawnej: w Sierpcu 900, a w pozostałych miejscowościach po 500 rubli na lecznicę.

Rada dobroczynności, obliczywszy koszt budowy wszystkich lecznic na 24,000 rb., wobec czego roczna opłata dzierżawna rb. 2,400 stanowiłaby 10% kapitału w ciągu 20-letniego okresu, uznaje warunki te za nader dogodne, dla tego nie wątpi, że odpowiedni przedsiębiorcy się znajdą. (Echa płockie № 530).

67. Pan F. Prusinowski pisze w „Gaz. Kaliskiej.“: W okolicach, które doznały nawodnienia najwięcej ucierpiały kartofle. Sprzedaż tychże kartofli na rynkach tutejszych zwróciła moją uwagę, a przyjrzawszy się im bliżej pod lupą, a następnie pod mikroskopem, zauważyłem wielkie w nich zmiany i tak: Oprócz kartofli widocznie nadgniłych, które już swoim rażącym wyglądem ostrzegają, aby ich nie brać do jedzenia, to jeszcze kartofle na pozór zdrowe przedstawiają pod drobnowidzem oprócz bakteryi saprofitycznych, właściwych kartoflom i nieszkodliwych zdrowiu (Bacillus mesentericus vulgarus i Bacillus mesentericus liodermos), jeszcze ziarniki oraz spirylle i vibriony, które są już chorobliwymi mikrokobami kartofla, a których nawet wysoka temperatura nie zabija (przeto i po ugotowaniu mogą być szkodliwe dla zdrowia). Oprócz wymienionych znalazłem jeszcze większe pasorzyty w postaci larw. Ziarnka zaś krochmalu uległy w części rozkładowi, wytwarzając przytem amoniak wskutek fermentu węglowodanów. Reakcya—w zdrowych kartoflach kwaśna przechodzi natenczas w alkaliczną. Cechą takich kartofli jest skórka w niektórych miejscach miękka a pod nią rozkład powyżej wymienionych bakteryi i produktów rozkładowych.

Jeżeli więc tylko najmniej nieprzyjemny odór okazują kartofle przed płukaniem, lub dostrzeże się małoznaczne plamki błyszczące białawe lub brunatnawe w miejscach pęknięcia skórki lub pod skórką, to nienależy używać ich do gotowania.

68. Zjazd lekarzy kolejowych po rozpatrzeniu sprawy ulepszenia dozoru sanitarnego na kolejach rosyjskich uznał, że niezbędna jest przy ministeryum komunikacyi centralna lekarsko-sanitarna instytucya; na liniach obecną organizacyę lekarsko-sanitarną należy podzielić na dwie grupy: a) administracyjno-lekarską i b) policyjno-sanitarną, poruczywszy tę ostatnią specyalistom—lekarzom sanitarnym; lekarze sanitarni winni mieć udział w ogólnych wydziałach zarządu kolei z prawem decydującego głosu w sprawach, dotyczących sanitarnego stanu kolei.

69. Czy wolno księżom zajmować się praktyką leczenia? takie pytanie roztrząsa ksiądz K. Majewski w № 39 „Przeglądu Katolickiego“ wskutek poruszonej już poprzednio w tym względzie sprawy przez osoby prywatne. W ogóle prawo kanoniczne w wyjątkowych tylko razach pozwala księżom zajmować się leczeniem, ale zdarzają się wypadki, że duchowni leczą homeopatyą, lub elektrycznością, które to metody nie były przewidziane przez prawo kanoniczne, bo nie były znane jeszcze. Ks. Majewski sam jest w ogóle przeciwny temu, aby księża zajmowali się leczeniem.

„Ale ponieważ tu nie o moje przekonania chodzi, a powaga moja jest nieznacząca, ażeby opinia miała służyć dla księży za normę, byłoby więc rzeczą pożądaną, ażeby władze dieciezyalne, albo kwestyę tę rozstrzygnęły same, albo się odniosły po decyzyę do Rzymu.“

70. Z d. 25 Września r. b. zamknięto sezon letni w Zakładzie hydropatyczno-leczniczym w Chojnach pod Łodzią; podczas zimy nadchodzącej Zakład funkcyonować nie będzie. W sezonie niniejszym z górą 120 osób leczyło się w Zakładzie; frekwencya więc tegoroczna wporównaniu z zeszłoroczną pomimo fatalnych warunków atmosferycznych uległa wrostowi.

Właściciele zawarli dalszą umowę z dotychczasowym kierownikiem kol. A. Lande na rok przyszły, który ma przynieść dalsze reformy i ulepszenia w prowadzeniu tego Zakładu.

Komitet redakcyjny:
L. Fankanowski, B. Handelsman, Ks. Jasiński, K. Jonscher, H. Kohn, J. Koliński, A. Krusche, J. Maybaum, J. Michalski, I. Perlis, A. Rząd, E. Sonnenberg.

Wydaca: Dr. S. Serkowski. **Redaktor:** Dr S. Sterling.

Дозволено Цензурою г. Лодзь 4 Октября 1903. г.

Druk. i Lit. R. Resiger, Łódź.